

DROIT DE LA PROTECTION SOCIALE

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

PLAN	I. L'assurance maladie	1. Procédure de reconnaissance des accidents de travail 2. Réparations et prestations 3. Tarification	III. Les retraites
	II. Les accidents de travail et les maladies professionnelles		IV. La prévoyance complémentaire

I. L'assurance maladie

1° ASSURANCE-MALADIE – Relations entre les Caisses et les professions de santé – Prescriptions d'arrêts de travail – Contrôle de la caisse – Nombre jugé excessif – Appréciation.

2° TRIBUNAUX – Litige entre une Caisse de Sécurité sociale et un professionnel de santé – Rapports de droit privé – Exercice de prérogatives de puissance publique – Soumission de prescriptions médicales à un accord préalable – Compétence de la juridiction administrative.

CONSEIL D'ÉTAT (1^{re} et 6^e ssr) 4 mai 2011

A. contre CPAM du Loiret (req. n° 341.407, rec. Lebon)

Considérant qu'aux termes de l'article L. 162-1-15 du Code de la Sécurité sociale : *Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L. 162-1-14, à laquelle participent des professionnels de santé, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que des frais de transport ou le versement des indemnités journalières mentionnés aux 2° et 5° de l'article L. 321-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du Code rural, en cas de constatation par ce service : (...) 2° (...) d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le médecin et donnant lieu au versement d'indemnités journalières significativement supérieures aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même Union régionale des caisses d'assurance maladie (...)* ;

Considérant que, si les rapports entre les organismes de protection sociale, qui sont des personnes morales de droit privé, et les médecins sont en principe des rapports de droit privé, les litiges nés de décisions de ces organismes à l'encontre de praticiens et auxiliaires médicaux, qui se rattachent à l'exercice des prérogatives de puissance publique dont ces organismes sont dotés en vue de l'accomplissement de leurs missions de service public, relèvent de la compétence de la juridiction administrative ; qu'il en est ainsi des décisions par lesquelles, en application des dispositions précitées, le directeur d'un organisme local d'assurance maladie soumet la prise en charge par l'assurance maladie de certaines prescriptions d'un médecin à l'accord préalable du service du contrôle médical ;

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que la Caisse primaire d'assurance maladie du Loiret a relevé, dans le cadre d'un contrôle exercé sur les prescriptions de M. A, médecin généraliste exerçant à Orléans-La Source, que celui-ci avait prescrit, sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007, un total de 12 372 journées d'arrêt de travail indemnisées par l'assurance maladie au titre des indemnités journalières, alors que la moyenne régionale était égale à 2 766 ; que le directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie du Loiret a décidé, le 3 novembre 2008, en application des dispositions de l'article L. 162-1-15 du Code de la Sécurité sociale, de soumettre à l'accord préalable du service du contrôle médical de la Caisse la prise en charge des prescriptions d'arrêt de travail de l'intéressé pendant une durée de deux mois à compter du 24 novembre 2008 ;

Considérant, en premier lieu, qu'en estimant que parmi les erreurs ou approximations commises, selon le requérant, par la Caisse primaire d'assurance maladie dans l'utilisation de données statistiques relatives au nombre d'arrêts de travail prescrits, une seule était établie et qu'en tout état de cause, ces erreurs ou approximations n'étaient que de faible importance, la Cour administrative d'appel a porté sur les faits de l'espèce une appréciation souveraine, exempte de dénégation ; qu'elle a pu légalement en déduire, sans avoir à porter une appréciation sur l'effet cumulé de ces erreurs alléguées, qu'elles étaient sans incidence sur la légalité de la décision contestée ;

Considérant, en second lieu, que M. A ne peut utilement soutenir, pour contester le bien-fondé de l'arrêt attaqué, que la Cour administrative d'appel ne pouvait juger, sans commettre d'erreur de droit, que la procédure prévue à l'article L. 162-1-15 du Code de Sécurité sociale pouvait être mise en œuvre en l'espèce, au motif que le rapport de 4,47 entre le nombre de ses prescriptions d'arrêts de travail et la moyenne régionale n'atteignait pas le seuil de 4,5 habituellement retenu par la Caisse primaire d'assurance maladie du Loiret pour engager cette procédure, dès lors que ce moyen, invoqué pour la première fois devant le juge de cassation et qui n'est pas né de l'arrêt attaqué, n'est pas d'ordre public ; (...)

DECIDE :

Article 1^{er} : Le pourvoi de M. A est rejeté.

(M. Arrighi de Casanova, prés. - M. Trouilly, rapp. - Mme Vialettes, rapp. pub. - SCP Richard, SCP Baraduc, Duhamel, av.)

Note. Le contrôle de la sur-prescription d'arrêts de travail indemnisés.

Le présent arrêt rendu par le Conseil d'Etat est intéressant en ce qu'il constitue l'un des premiers arrêts qui traite de la procédure de mise sous accord préalable des prescriptions d'arrêts de travail indemnisés, procédure qui a été créée par la loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie (1) et qui a été plusieurs fois modifiée depuis (2). Cet arrêt mérite commentaire en raison de la discussion qu'il ouvre sur les critères d'identification de la sur-prescription d'arrêts de travail indemnisés.

L'introduction en 2004 de la procédure de mise sous accord préalable des prescriptions d'arrêts de travail indemnisés répond au souhait de lutter contre les coûts croissants des dépenses engendrées par les actes et les traitements jugés inutiles. Aussi a-t-il été souligné, lors de l'adoption de cette procédure, le poids excessif des dépenses engagées au titre des transports sanitaires et des indemnités journalières, lesquelles représentaient en 2003 respectivement 1,8 % des dépenses d'assurance maladie et 15 % des dépenses de soins de ville. Cette politique se justifie par le souci de réaliser des économies en modifiant le comportement des prescripteurs des prestations délivrées par l'assurance maladie. Le nombre croissant des arrêts de travail ne pourrait trouver pour seule explication le vieillissement de la population ou encore l'évolution de la conjoncture économique. Il existerait ainsi d'importantes disparités géographiques en termes de prescriptions, la « consommation » d'arrêts de travail étant par exemple de six jours par an en moyenne par actif occupé à Paris contre près de dix-huit dans le Gard (3). Le chiffrage quantitatif des prescriptions d'arrêts de travail indemnisés est ainsi présenté comme un instrument d'efficience du système de Sécurité sociale qui ne saurait délivrer et prendre en charge des actes abusifs et coûteux (4).

Cette procédure consiste à mettre en place des « critères quantitatifs ciblés de prescriptions » à partir desquels le directeur d'un organisme local d'assurance maladie pourra déclencher une procédure de mise sous accord préalable des prescriptions à venir du

médecin ainsi repéré (5). Les conséquences juridiques de cette mise sous accord ne sont pas négligeables puisque cette procédure permet, pour une durée maximale de six mois, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de la Caisse le versement des indemnités journalières compensant les arrêts de travail comme la prise en charge financière des transports sanitaires des assurés sociaux qui consultent le médecin en cause.

Cette procédure accorde ainsi un pouvoir supplémentaire aux directeurs des organismes locaux d'assurance maladie, pouvoir qui s'ajoute à leur possibilité de prononcer les pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 du Code de la Sécurité sociale (CSS) ainsi qu'à celle de suspendre le conventionnement des professionnels de santé, en application de l'article L. 162-15-1 du CSS. La mise sous contrôle préalable déclenche l'examen systématique des prescriptions d'arrêts de travail indemnisés et de transports sanitaires réalisées par le médecin, ce qui signifie, en termes de prise en charge, que les prestations ne pourront donner lieu à remboursement ou à indemnisation que si le service du contrôle médical a donné son accord. On comprend dès lors l'importance que revêtent les critères de déclenchement de cette procédure tant pour le médecin que pour les assurés sociaux qui verront les prestations sollicitées soumises à la « tutelle » préalable de la Caisse primaire d'assurance maladie dont ils dépendent. C'est précisément sur ce point que les débats se sont concentrés devant la Cour administrative d'appel de Nantes, puis devant le Conseil d'Etat.

L'étude des indicateurs statistiques de déclenchement de la procédure est à ce titre doublement intéressante : d'une part, elle révèle les difficultés récurrentes que rencontre la statistique pour construire des critères pertinents de comparaison entre des prescriptions médicales (I) et elle montre, d'autre part, combien la construction d'indicateurs statistiques de type quantitatif n'est pas neutre dans une matière où l'état de santé individuel de l'assuré social constitue la cause du droit à prestation (II).

(1) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004, *Loi relative à l'assurance maladie*, JO du 17 août 2004 ; MM. Legouhy et L. Milet « L'assurance maladie après la loi du 13 août 2004 » RPDS 2005 p. 115. NDLR : sur cette réforme v. « La réforme de l'assurance maladie : l'enjeu crucial du financement », Note économique n° 86, décembre 2004, CCEES-CGT, disp. sur www.cgt.fr dans la rubrique « Kiosque ».

(2) V. la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007, *Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008*, JO du 21 décembre 2007 ; la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 1999, *Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010*, JO du 27 décembre 2009 ; Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010, *Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011*, JO du 21 décembre 2010.

(3) V. Rapport n° 1703 de J.-M. Dubernard, Assemblée nationale, 24 juin 2004.

(4) Les députés prennent appui sur l'une des conclusions de l'Inspection générale des affaires sociales dans son rapport de novembre 2003 sur les indemnités journalières qui fait état de l'existence « d'anomalies en matière de prescription d'indemnités journalières. Aucune explication convaincante n'a pu par exemple rendre compte du fait que certains médecins prescrivent cinq fois plus d'indemnités journalières que les autres ».

(5) V. Rapport n° 424 d'A. Vasselle, Sénat, 21 juillet 2004.

I. Sur la construction d'indicateurs statistiques pour identifier et mesurer le comportement de sur-prescription du médecin

Le législateur de 2004 a subordonné le versement des indemnités journalières à l'accord préalable du service du contrôle médical pour une durée maximale de six mois dès lors que les services de la Caisse d'assurance maladie constatent « un nombre de prescriptions d'arrêts de travail ou d'une durée significativement supérieure aux données moyennes constatées pour une activité comparable dans le ressort de la même UR CAM » ou pour les transports sanitaires « un nombre de prescriptions de transport significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de médecins exerçant pour une activité comparable dans le ressort de la même UR CAM » (6). Ainsi, s'agissant des arrêts de travail indemnisés, les critères de la sur-prescription sont au nombre de deux : il peut s'agir soit de repérer un nombre anormalement élevé de prescriptions d'arrêts de travail indemnisés, soit d'identifier des durées d'arrêts de travail indemnisés anormalement longues.

En l'espèce, le directeur de la CPAM du Loiret a déclenché la procédure de mise sous accord préalable en raison du nombre anormalement élevé d'arrêts prescrits. La Caisse a en effet relevé, dans le cadre du contrôle qu'elle a exercé sur les prescriptions du médecin généraliste, que celui-ci avait prescrit sur l'ensemble de l'année 2007 un total de 12 372 journées d'arrêts de travail indemnisés au titre des indemnités journalières alors que la moyenne régionale était égale à 2 766 jours. Et en application de l'article L. 162-1-15 du CSS, le directeur de la Caisse a décidé de placer ce médecin sous accord préalable du service médical pour une durée de deux mois à compter du 24 novembre 2008.

Contestant la décision prise par le directeur de la CPAM et, plus précisément, les données chiffrées élaborées par la Caisse pour le placer sous la procédure de l'accord préalable, le médecin généraliste a développé devant les premiers juges puis devant la Cour administrative d'appel de Nantes (7) une contestation sur l'exactitude des données statistiques produites sur sa pratique de prescription ainsi qu'une contestation sur les données comparatives qui permettaient de mesurer ses écarts de comportement par rapport à la moyenne des prescriptions d'arrêts de travail

indemnisés réalisées par les médecins relevant du ressort de la CPAM concernée. Tant devant la Cour administrative d'appel que devant le Conseil d'Etat, les arguments du médecin généraliste furent rejetés. Statuant comme juge de cassation, le Conseil d'Etat a en effet estimé qu'en constatant que les erreurs ou les approximations relevées dans l'utilisation des données statistiques n'étaient que de faible importance, les juges du fond avaient porté sur les faits « une appréciation souveraine exempte de dénaturation ». Quant à la Cour administrative d'appel, elle a relevé d'une part, que la circonstance que le nombre réel de jours prescrits soit de 11 710 jours était « sans influence sur la légalité de la décision contestée, compte tenu du caractère minime de l'écart entre ces deux nombres » et, d'autre part, que la comparaison de l'activité avait été faite par rapport aux 2 078 médecins généralistes du ressort de la CPAM du Loiret et que, même en tenant compte des correctifs statistiques proposés par le requérant (8), « le nombre de jours d'arrêts de travail prescrits pour une activité et une patientèle égale à la moyenne régionale était de 6 983, soit 2,5 fois plus que la moyenne de ses confrères ».

Les critères de déclenchement de la procédure de mise sous contrôle préalable constituent ainsi la référence normative à partir de laquelle le comportement de prescription du médecin est évalué et, en l'espèce, jugé excessif. En d'autres termes, l'article L. 162-1-15 du CSS invite les organismes d'assurance maladie à déterminer une moyenne locale de prescriptions d'arrêts de travail indemnisés, moyenne qui est considérée comme le « modèle efficient » pour ces prescriptions. C'est donc bien la moyenne régionale ou locale du nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés qui constitue ici l'étalon de mesure de l'activité individuelle de prescription des médecins. On en vient donc tout naturellement à s'interroger sur les modalités de construction de cet indicateur qui a vocation à agréger des données quantitatives de prescriptions réalisées pour établir une moyenne de prescriptions. Ce qu'a fait le médecin requérant qui contestait précisément les modalités d'établissement de cette norme de référence.

Les données produites par la CPAM du Loiret regroupent en effet des données quantitatives qui reposent sur des mesures statistiques. Cette mesure statistique fait référence à « un médecin standardisé », en l'espèce à un médecin généraliste qui exerce dans

(6) Le texte a été modifié depuis, mais c'est dans l'état de cette rédaction que l'arrêt commenté a été rendu.

(7) CAA Nantes, 4 mai 2010, n° 09NT01972.

(8) Les correctifs qui ont été admis par les juges du fond sont les suivants :

- exclusion des 196 médecins qui avaient prescrit en moyenne chaque jour moins d'une journée d'arrêt de travail : la moyenne

régionale des prescriptions du groupe de référence est portée alors à 3 077 jours par an, soit environ quatre fois moins que les prescriptions effectuées par le médecin requérant ;

- le requérant a un volume de consultation supérieur d'environ 30% à la moyenne de ses confrères et la proportion d'actifs dans sa patientèle est de 75 % pour une moyenne régionale de 55 %.

le ressort de la CPAM du Loiret et qui, dans ce cadre, est amené à recevoir une patientèle pour laquelle il prescrit des arrêts de travail indemnisés. Sur ce dernier point, la contestation du médecin requérant montrait que ces données ne définissaient pas précisément le « *groupe de référence* », ce groupe ne tenant compte ni de l'activité moyenne de prescriptions par jour d'arrêts de travail des médecins concernés (il démontre en l'espèce que 196 d'entre eux ne prescrivaient qu'une journée d'arrêt par jour), ni du volume de consultations réalisées par ces médecins, ni même de la part d'actifs qui composaient la clientèle. Il plaidait ainsi pour que l'indicateur moyen de la CPAM subisse de nombreuses corrections pour rendre possible la comparaison avec sa pratique individuelle de prescriptions. On perçoit ici l'ambiguïté originelle de l'indicateur puisque les informations qu'il capture restent générales et ne définissent pas précisément le profil « *du médecin standardisé de référence* ». Et l'on ne peut à ce stade qu'être surpris par le raisonnement des juges du fond qui se contentent, au vu des pièces fournies par le médecin requérant et malgré les défauts largement perceptibles de l'indicateur, d'y apporter les correctifs nécessaires pour fonder la décision de mise sous accord préalable des prescriptions du médecin.

Sur ce point, il faut observer que le législateur est intervenu en 2009 pour modifier le mode d'établissement de la moyenne chiffrée. Estimant que « *les nombres de prescriptions ne pouvaient être exprimés en valeur absolue* » (9), il a considéré qu'ils devaient être rapportés au nombre de consultations effectuées par le médecin et devaient donc tenir compte de son volume d'activité. Il reste qu'en l'espèce l'écart constaté entre les prescriptions du médecin et la moyenne locale a suffi pour rejeter les arguments du requérant. Après avoir intégré les correctifs proposés par le requérant, les juges du fond ont constaté que « *le médecin en cause prescrivait 2,5 fois plus que la moyenne de ses confrères* ».

On peut alors s'interroger sur la force du chiffre moyen utilisé à la fois comme référence et comme objectif à partir duquel le jugement est porté. Ce chiffre-étalon produit une vérité difficilement contestable dès lors qu'un écart avec la moyenne suffit à caractériser une pratique anormale de prescription et donc une pratique abusive.

(9) V. Rapport n° 90 d'A. Vassel, Tome II Assurance maladie, Sénat, 4 novembre 2009.

(10) V. Rapport n° 90 préc.

(11) V. les propos de la Fédération des médecins de France (FMF), selon laquelle, « *l'article L. 162-1-15 du CSS a institué pour les médecins le « délit statistique », qui impose au médecin de prescrire moins que la moyenne des confrères de même spécialité dans la même Caisse, pour un nombre considérable*

II. Sur l'absence de neutralité de l'indicateur statistique dans une matière où l'état de santé individuel de l'assuré social constitue la cause du droit à prestation

Face au raisonnement de la Caisse, il ne restait pour le requérant plus qu'à discuter le niveau de fixation du seuil qui permet de caractériser un écart manifeste avec la moyenne locale. C'est ce qu'il a tenté de faire, mais en vain car le moyen introduit pour la première fois devant le juge de cassation ne pouvait être recevable. En effet, le seuil moyen quantitatif à partir duquel les prescriptions individuelles d'un médecin sont jugées abusives est, semble-t-il, déterminé au niveau national par l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie (Uncam). La lecture du rapport rédigé par le sénateur Alain Vassel indique que « *les médecins qui sont mis sous accord préalable sont ceux qui prescrivent 4 fois plus que leur confrères* » (10). Et toujours selon ce rapport, ce seuil a conduit à ce que 180 médecins généralistes aient été mis sous entente préalable en 2006 et 2007. Mais il faut observer que le mode de détermination de ce seuil n'est à ce jour pas transparent puisqu'il n'est défini par aucun texte.

A cet égard, le législateur de 2010 a été sensible aux arguments développés par les médecins qui ont mis en lumière les divergences des politiques des directeurs d'organismes locaux d'assurance maladie dans la mise en œuvre de la procédure de mise sous accord préalable. A cette fin, il a été proposé que les sanctions ne puissent être notifiées aux professionnels de santé qu'après avoir été « *avalisées* » par un avis conforme du directeur de l'Uncam ou du représentant qu'il désignera à cet effet. Plus encore, face à la perception du médecin « *coupable de délits statistiques* » (11), le législateur est venu créer dès 2009 une procédure alternative à la procédure de mise sous accord préalable. Le directeur de la Caisse pourra ainsi proposer au médecin susceptible de faire l'objet d'une mise sous accord préalable de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou de réalisations d'actes jugés excessifs dans un délai maximum de six mois (12). Les débats législatifs ont en effet montré combien les coûts de gestion de la mise sous accord préalable étaient lourds pour les caisses, ce qui rend la rentabilité financière du dispositif peu certaine.

Mais une remarque d'ordre plus général doit être faite sur ces indicateurs statistiques : celle de l'usage qui est

de prescriptions allant des arrêts de travail à la prescription médicamenteuse et des transports sanitaires aux examens, sans tenir compte des besoins du patient et quelles que soient les pathologies concernées ».

(12) V. L. 162-1-15 II du CSS et les article R. 148-1 et s. du CSS issus du décret n° 2011-511 du 19 mai 2011 relatif aux procédures de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou de mise sous accord préalable, JO du 21 mai 2011, p. 8875.

fait de l'argument quantitatif plus que la quantification elle-même des arrêts de travail indemnisés. En effet, et l'arrêt rendu par le Conseil d'Etat le montre bien, l'argument quantitatif est utilisé à la fois comme une référence de jugement et comme un objectif à respecter, de sorte que ce sont toujours des données quantitatives qui fondent la décision de mise sous accord préalable des prescriptions des médecins.

L'usage qui est proposé de la donnée quantitative est très spécifique puisque cette dernière n'est pas utilisée pour produire une connaissance sur la société, sur le monde des arrêts de travail indemnisés, mais pour fonder une décision de « tutelle » sur les prescriptions médicales, et par conséquent, une politique publique de réduction de dépenses des indemnités journalières. Ce seuil chiffré en moyenne nationale produit une vérité difficilement contestable et acquiert ainsi une valeur essentielle puisqu'il légitime le déclenchement de la procédure de contrôle et fonde la décision de tutelle. Or, ce désir de créer un indicateur calculable pour tous, valable pour tous les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, avec l'énoncé d'un seuil d'écart national qui déclenche la mise en œuvre de la procédure de mise sous contrôle du médecin, exclut toute étude plus sophistiquée de la justification médicale des prescriptions d'arrêts de travail.

La description des réalités et donc la connaissance des causes des arrêts de travail indemnisés est alors excessivement réduite. On comprend ainsi facilement que le législateur ait pu exclure de sa réflexion la dimension médicale et fortement individuelle de l'état de santé de l'assuré social qui constitue la cause du droit à prestation, c'est-à-dire du droit au versement des indemnités journalières. L'état de santé des personnes prises en charge comme les causes des souffrances qui empêchent l'exécution d'un travail sont complètement gommés de l'analyse statistique qui correspond exclusivement à un objectif quantitatif moyen de jours d'arrêts de travail indemnisés par an. Aucune interrogation n'existe sur ce qui constitue « *la juste prise en charge* » des arrêts de travail indemnisés puisque la norme de référence émane exclusivement de la moyenne en nombre des prescriptions constatées à l'échelon local ou régional. Cette perception quantitative du nombre d'arrêts de travail prescrits

fonde ainsi l'ensemble de la politique publique de lutte contre les abus et donc de réduction des coûts du système de prise en charge. Plus encore, elle permet au système de fabriquer lui-même la preuve de son efficacité puisqu'il est attendu de cette politique non seulement un effet dissuasif, mais également un comportement de moindres prescriptions d'arrêts de travail indemnisés et donc de moindres dépenses. La création d'une procédure alternative avec la détermination d'objectifs chiffrés de réduction des prescriptions illustre parfaitement cette nouvelle idée d'une politique publique performante qui fabrique elle-même les preuves endogènes de sa propre efficacité (13).

On peut d'ailleurs faire observer que la moyenne statistique devrait être amenée à se modifier. Le comportement rationnel d'un acteur dans un système veut qu'il se conforme à la norme de référence produite par ce système et l'on peut penser qu'un médecin rationnel aura tout intérêt à prescrire le nombre d'arrêts de travail indemnisés se rapprochant le plus possible de la moyenne normalisée. De sorte qu'avec la création d'un chiffre moyen, on assiste à la production d'un norme quantitative de référence pour les prescriptions qui n'existait pas jusqu'ici et qui permettra aux acteurs de « situer » leurs pratiques et même de modifier leur comportement pour se conformer à ce qui est établi comme le comportement normal. A court terme, la moyenne des prescriptions de l'ensemble des médecins devrait se déplacer progressivement vers la moyenne nationale fixée. Mais ce sont aussi les sous-prescripteurs qui devraient s'en rapprocher.

Surtout, on perçoit l'intérêt du médecin à « biaiser » les données chiffrées le concernant en procédant lui-même à la sélection de sa patientèle. La prise en charge de personnes non actives, de salariés jeunes de sexe masculin dont on sait que les arrêts de travail sont moins fréquents (14), voire par une absence de réponse aux attentes des patients une fois le seuil chiffré atteint, permet de s'interroger sur la pertinence d'une telle maîtrise comptable des dépenses d'indemnités journalières. A n'en pas douter, la capacité d'adaptation de l'acteur à la règle modifiera

(13) V. sur ce point, R. Salais, « Usages et mésusages de l'argument statistique : le pilotage des politiques publiques par la performance », RFAS, 2010/1 n° 1-2, p. 129-147.

(14) V. les résultats de l'enquête menée par la CNAMTS sur la description de la population du régime général en arrêt de travail de deux à quatre mois, CNAMTS - DSM - Mission des Soins de Ville - Mission Statistique - NV/GS/PhR/PF/HA - octobre 2004, « Pour les arrêts de travail plus longs, les assurés étaient en moyenne plus âgés (16,0 % d'assurés de 55 ans et plus pour la population 1 versus 21,3 % pour la population 3). Les femmes étaient plus fréquemment en arrêt de travail. Plus les arrêts étaient longs, plus les pathologies étaient en relation avec des affections de longue durée exonérantes et concernaient des

populations plus âgées. Les trois premiers motifs médicaux étaient en rapport avec les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (un assuré sur quatre), les troubles mentaux et du comportement (un assuré sur cinq) et les lésions traumatiques (un assuré sur dix). Les hommes présentaient plus fréquemment des arrêts de travail en rapport avec des lésions traumatiques et des maladies de l'appareil circulatoire et les femmes, des troubles mentaux et des tumeurs. Les cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que les professions intermédiaires avaient une proportion plus importante d'arrêts de travail liés aux troubles mentaux et du comportement et les ouvriers, aux maladies du système ostéo-articulaire ».

très rapidement les effets attendus de la procédure de mise sous accord préalable.

Plus encore, cette procédure de mise sous accord préalable mériterait d'être évaluée à l'aune de l'exigence d'égalité de traitement qui gouverne le droit à prestation des assurés sociaux. Comment peut-on expliquer qu'un assuré social qui consulte le médecin de son choix puisse voir son droit à prestation soumis dans un cas à un examen préalable du service du contrôle médical et, dans un autre cas, à une absence de contrôle *a priori* de son droit au bénéfice des indemnités journalières ?

Surtout comment peut-on penser que l'assuré social n'est pas en droit de connaître les conditions légales d'octroi des prestations qu'il sollicite, lesquelles seront, en raison de la pratique moyenne de son médecin, soumises à deux régimes juridiques différents ? On peut en outre douter qu'un contrôle systématique par le service médical de la Caisse n'ait aucune répercussion sur l'assuré, en particulier sur le contrôle des justifications médicales qui sont à l'origine du versement de ses indemnités journalières.

Anne-Sophie Ginon

II. Les accidents du travail et les maladies professionnelles

La période récente n'a été propice ni à de grandes mutations ni à de grands arrêts en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Cette situation s'explique sans doute par le fait que cette branche connaît une situation financière beaucoup moins tendue que les autres branches de la Sécurité sociale (solde prévu de 0,1 Md € en 2011 selon la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011) et qu'un certain nombre de difficultés ont été résolues par voie réglementaire (en particulier la clarification des procédures de reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles par le décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009 ou l'évolution des règles de tarification par le décret n° 2010-753 du 5 juillet 2010).

Malgré l'absence de grands arrêts récents en cette matière, certains méritent d'être signalés en raison des précisions qu'ils apportent. Ils portent sur trois dimensions différentes : les procédures de reconnaissance, la réparation et la tarification des accidents du travail.

1. Procédure de reconnaissance des accidents du travail

Trois arrêts récents permettent de revenir sur les règles de procédure applicables à la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles.

ACCIDENT DU TRAVAIL – Appréciation du caractère professionnel – Décision de la Caisse – Réserves de l'employeur – Circonstances de temps et de lieu de l'accident ou existence d'une cause totalement étrangère au travail.

COUR DE CASSATION (Ch. Civ. 2^e) 17 février 2011
CPAM du Var contre société Leroy Merlin (pourvoi n° 10-15.276)

Vu l'article R. 441-11 du Code de la Sécurité sociale ;

Attendu que les réserves visées par ce texte, s'entendant de la contestation du caractère professionnel de l'accident par l'employeur, ne peuvent porter que sur les circonstances de temps et de lieu de celui-ci ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail ;

Attendu, selon l'arrêt attaqué, que M. C., salarié de la société Leroy Merlin (la société), a été victime, le 9 novembre 2000, d'un accident du travail ; que cet accident ayant été pris en charge au titre de la législation professionnelle par la Caisse primaire d'assurance maladie du Var (la Caisse), la société a saisi d'un recours une juridiction de la Sécurité sociale ;

Attendu que pour décider que la Caisse était saisie d'une déclaration de la société assortie de réserves et aurait dû procéder à l'information de celle-ci avant toute décision, et juger ainsi la prise en charge de l'accident inopposable à la société, l'arrêt retient que les dispositions de l'article R. 441-11 du Code de la Sécurité sociale n'imposent pas que l'employeur détaille les réserves qu'il entend présenter ;

Qu'en statuant ainsi, la Cour d'appel a violé le texte susvisé ;

PAR CES MOTIFS :

Casse et annule, dans toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 6 janvier 2010, entre les parties, par la Cour d'appel d'Aix-en-Provence ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la Cour d'appel d'Aix-en-Provence, autrement composée.

(M. Loriferne, prés. - M. Salomon, rapp. - M. Muchielli, av. gén. - SCP Boutet, SCP Didier et Pinet, av.)

L'arrêt ci-dessus (P+B) permet d'abord de préciser les règles applicables à la procédure de déclaration des accidents du travail, plus particulièrement au respect de la règle du contradictoire dans la reconnaissance des maladies en application de l'article R. 441-11 du Code de la Sécurité sociale. Selon ce texte, lorsque l'employeur formule des réserves lors de la déclaration de l'accident, la Caisse « *envoie avant décision à l'employeur et à la victime un questionnaire portant sur les circonstances ou la cause de l'accident ou de la maladie ou procède à une enquête auprès des intéressés* ». Cette obligation impose de déterminer à partir de quand les remarques formulées par l'employeur peuvent être qualifiées de réserves.

L'arrêt énonce une formule nouvelle : les réserves s'entendent de la « *contestation du caractère professionnel de l'accident par l'employeur* », étant précisé qu'elles « *ne peuvent porter que sur les circonstances de temps et de lieu de celui-ci ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail* ». En application d'une telle définition, la Cour casse la décision des juges du fond qui avait admis la qualification de « *réserves* » en énonçant que les textes « *n'imposent pas que l'employeur détaille les réserves qu'il entend présenter* ».

Cette formulation de l'arrêt est doublement intéressante.

Au regard de la forme, tout d'abord, la Cour exige que la qualification de « *réserves* » ne soit retenue que lorsqu'elle est dûment motivée. La décision est en ce sens à relier aux réflexions contemporaines sur les actes juridiques, qui font de la motivation une condition de leur validité. Le choix de la Cour de cassation est conforté par la nouvelle rédaction de l'article L. 441-11 du CSS issu du décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009, qui n'impose désormais le respect des obligations en question à la Caisse qu'en cas de « *réserves motivées* ».

Sur le fond, la Cour a cherché également à limiter l'objet des contestations patronales. L'obligation de la Caisse de procéder à une enquête ne peut s'imposer que si l'employeur présente des éléments qui permettent de combattre la présomption d'imputabilité : il est alors compréhensible que seuls soient recevables des arguments portant sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident ou sur l'absence de lien entre les faits et le travail du salarié. Tout autre argument (imputation d'un comportement fautif au salarié, contestation portant sur les préjudices subis...) n'est pas de nature à mettre en cause la présomption d'imputabilité et ne sauraient déclencher l'obligation de la Caisse de lancer une enquête.

SÉCURITE SOCIALE – Contentieux spéciaux – Expertise technique – Expertise consécutive à un accident de travail – 1° Décision relative à une désignation d'expert – Voie de recours – Exercice – Caractère immédiat (oui) – 2° Litige entre la Caisse et l'assuré social – Opposabilité à l'employeur (non).

COUR DE CASSATION (Ch. Civ. 2e) 17 février 2011

Société Carrard contre **F.** (pourvoi n° 10-14.925)

Attendu, selon l'arrêt attaqué (Orléans, 27 janvier 2010), que M. F., salarié de la société Carrard (la société), a, le 30 mai 2005, adressé à la Caisse primaire d'assurance maladie du Loiret (la Caisse) une déclaration de maladie professionnelle, accompagnée d'un certificat médical retenant un état dépressif réactionnel ; que la Caisse ayant refusé de prendre en charge cette affection au titre de la législation professionnelle, M. F. a saisi une juridiction de Sécurité sociale d'un recours ; qu'après avoir ordonné, le 26 février 2008, une expertise technique de M. F., confiée au docteur Jusseaume, cette juridiction, par jugement du 17 février 2009, a annulé cette mesure d'instruction au motif que la société n'avait pas eu la possibilité de présenter ses observations sur la teneur et sur les conclusions du rapport de l'expert et a ordonné une nouvelle expertise technique ;

Sur la recevabilité du pourvoi, contestée par la défense :

Attendu que M. F. soulève l'irrecevabilité du pourvoi formé par la Caisse au motif que l'arrêt, qui infirme le jugement en ce qu'il a annulé le rapport d'expertise du docteur Jusseaume, ordonné une nouvelle expertise confiée au docteur Masson, dit n'y avoir lieu à nouvelle expertise et renvoyé le dossier de la procédure devant le tribunal de Sécurité sociale pour être statué au vu du rapport de docteur Jusseaume, ne met pas fin à l'instance ;

Mais attendu qu'eu égard à la portée qui s'attache à l'avis de l'expert désigné en application de l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité sociale, la décision qui, dans un litige relevant de cette procédure, ordonne ou refuse une expertise, tranche par là même une question touchant au fond du droit, et est donc susceptible d'un pourvoi immédiat ; que le pourvoi est dès lors recevable ;

Sur le moyen unique :

Attendu que la société fait grief à l'arrêt de dire n'y avoir lieu à nouvelle mesure d'expertise et d'ordonner le renvoi du dossier devant le tribunal aux affaires de Sécurité sociale pour qu'il soit statué au vu du premier rapport d'expertise, alors, selon le moyen :

1°/ que les juges du fond ne peuvent dénaturer les conclusions claires et précises des parties ; qu'en l'espèce, la société contestait dans ses conclusions avoir été convoquée par le docteur Jusseaume à l'expertise de M. F. du 24 juin 2006 ; qu'en disant n'y avoir lieu à nouvelle expertise au prétexte que la société ne déniait pas avoir reçu la lettre du docteur Jusseaume du 19 juin 2008 l'informant qu'il procéderait à l'expertise de M. F., la Cour d'appel a dénaturé les conclusions de la société en violation de l'article 4 du Code de procédure civile ;

2°/ que les dispositions de l'article 160 du Code de procédure civile, prévoyant que la convocation des parties aux opérations d'expertise doit être adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception si elle n'est faite verbalement en leur présence ou par remise d'un bulletin à leur défenseur, s'appliquent à l'expertise médicale ordonnée en application des articles L. 141-1 et R. 141-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale ; qu'une telle expertise est nulle lorsqu'une partie absente et non représentée lors de l'opération d'expertise n'a pas été convoquée conformément aux dispositions de cet article ; que pour demander l'annulation de l'expertise médicale diligentée par le docteur Jusseaume, la société faisait valoir, sans être contestée, qu'elle n'avait pas été convoquée par lettre recommandée à l'opération d'expertise médicale et que son conseil n'avait reçu aucune convocation de sorte qu'elle n'avait pu, pas plus que son conseil, assister aux opérations d'expertise ; qu'en jugeant que les dispositions de l'article 160 du Code de procédure civile relatives aux modalités de convocation des parties n'étaient pas applicables à l'expertise médicale ordonnée en application des articles L. 141-1 et R. 141-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, la Cour d'appel a violé ces articles, ensemble les articles 16 et 160 du Code de procédure civile ;

3°/ que lorsque l'employeur a été appelé à la procédure suivie sur le recours de l'assuré qui conteste la décision de refus de prise en charge de sa maladie professionnelle et la date de consolidation retenue par la Caisse, la décision qui intervient par la suite sur ces points, après mise en œuvre de l'expertise médicale, lui est opposable et l'empêche de contester ultérieurement cette décision dans ses rapports avec la Caisse ; que le respect du contradictoire et le droit à un procès équitable exigent donc que l'employeur ait la possibilité de présenter des observations sur les conclusions de l'expert avant le dépôt de son rapport, s'agissant d'un élément de preuve essentiel dans la décision à intervenir ; qu'en l'espèce, il résulte de l'arrêt attaqué que l'employeur a été appelé à la procédure suivie sur le recours de l'assuré qui contestait le refus de prise en charge de sa maladie professionnelle et la date de consolidation retenue par la Caisse ; qu'il est constant que l'employeur n'a été ni présent, ni représenté à l'expertise, ni destinataire du pré-rapport ou conclusions de l'expert avant qu'il ne dépose son rapport fixant la date de stabilisation de l'assuré et disant que la maladie déclarée découlait de son travail ; qu'en jugeant néanmoins qu'il n'y avait pas lieu d'annuler ce rapport au prétexte inopérant que les conclusions de l'expert technique étaient inopposables à l'employeur et au prétexte erroné que l'employeur pouvait contester la décision que la Caisse prendrait à la suite de cette expertise dans le cadre du différent opposant éventuellement à elle, la Cour d'appel a violé les articles L. 141-1 et suivants et R. 141-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, ensemble l'article 16 du Code de procédure civile et l'article 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales ;

Mais attendu que, mise en œuvre dans les seuls rapports de la Caisse et de l'assuré, la procédure d'expertise médicale technique à laquelle donnent lieu les contestations relatives à l'état de santé du malade ou l'état de la victime, n'est pas opposable à l'employeur, lequel n'est pas autorisé à se faire représenter dans cette procédure ;

Qu'après avoir relevé que la procédure d'expertise médicale technique est ordonnée par le juge dans les seuls rapports de la Caisse et de l'assuré et que le rapport de cette mesure d'instruction n'est transmis, par le secrétariat du tribunal, qu'au service du contrôle médical de la Caisse ainsi qu'à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle ou au médecin traitant du malade, l'arrêt retient que les conclusions de cette expertise ne sont pas opposables à la société qui n'a été ni présente, ni représentée, et qu'il appartient à celle-ci, si elle conteste la décision que la Caisse a prise à la suite de cette expertise, de rapporter la preuve que la maladie déclarée a eu pour origine le travail habituel du salarié, ou de solliciter ultérieurement une mesure d'expertise judiciaire dans le cadre du différend pouvant l'opposer à la Caisse ;

Que, par ces seuls motifs, la Cour d'appel a décidé à bon droit qu'il n'y avait pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise ;

D'où il suit que le moyen n'est pas fondé ;

PAR CES MOTIFS :

Rejette le pourvoi.

(M. Loriferne, prés. - M. Salomon, rapp. - M. Mucchielli, av. gén. - SCP Gatineau et Fattacini, SCP Waquet, Farge et Hazan, av.)

Une seconde décision (P+B) est à remarquer, concernant les règles applicables au respect du principe du contradictoire. Elle a trait aux procédures d'expertise médicale. La Cour de cassation énonce dans cet arrêt deux principes importants.

Le premier concerne des règles d'ordre purement procédural : il s'agit de déterminer à quel moment dans le contentieux peuvent être exercées les voies de recours contre les expertises. Celles-ci peuvent-elles faire l'objet d'un recours immédiatement ou ne peuvent-elles être contestées qu'avec la décision de la juridiction qui a pris appui sur elles ? La solution à cette question dépend du statut juridique des expertises médicales dans les procédures de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En l'espèce, un salarié demandait la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Après refus de la Caisse, il introduisit un recours devant le TASS qui ordonna d'abord une expertise médicale, puis annula l'expertise produite au motif que la société n'avait pu présenter ses observations et ordonné une nouvelle expertise. Il est fait appel de cette décision. La Cour d'appel infirme la décision du TASS en indiquant qu'il n'y avait pas lieu à nouvelle expertise et renvoie l'affaire devant le TASS afin qu'il statue sur le fond. La Caisse se pourvoit en cassation. Le salarié soulève alors la question de l'irrecevabilité de ce pourvoi en arguant du fait que la décision sur l'expertise ne peut être frappée de pourvoi. La Cour de cassation reprend une formule éprouvée (15) en indiquant que l'avis de l'expert désigné « en application de l'article L. 141-1 du

(15) V. Soc. 28 octobre 1993, n° 91-20248, Bull. civ. V, n° 256.

Code de la Sécurité sociale » et qui « ordonne ou refuse une expertise, tranche par là même une question touchant au fond du droit, et est donc susceptible d'un pourvoi immédiat ». Le pourvoi peut ainsi être formé immédiatement sur cette décision refusant l'expertise, indépendamment de la décision portant sur le fond (la reconnaissance de la maladie professionnelle). La jurisprudence a d'ailleurs précisé que ces mêmes règles s'appliquent à l'appel qui peut être interjeté immédiatement en cas de litige portant sur le recours ou le refus d'une expertise (16).

Cette solution déroge au droit commun de la procédure. Le principe est en effet que les jugements avant dire droit qui ordonnent une expertise ne peuvent faire l'objet de voies de recours indépendamment du jugement sur le fond, et ce n'est que par exception que l'article 272 du Code de procédure civile décide que les décisions ordonnant une expertise peuvent faire l'objet d'appel, mais uniquement sur autorisation du premier président de la Cour d'appel. Les seules décisions qui peuvent faire l'objet d'appel et de pourvoi immédiat sont celles qui concernent les expertises médicales visées à l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité sociale. Ce choix est justifié par la force toute particulière reconnue à ces expertises qui permettent de trancher les contestations d'ordre médical dans les litiges relatifs aux reconnaissances d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Le principe est en effet que ces expertises sont ordonnées de droit en cas de contestation d'ordre médical, et que l'avis de l'expert s'impose à la juridiction, qui ne peut se prononcer elle-même sur ces questions médicales et ne peut qu'ordonner, en cas de difficulté, qu'une nouvelle expertise ou un complément d'expertise. Cette grande force reconnue à l'expertise médicale justifie que la Cour de cassation leur reconnaisse la qualité d'expertise touchant au fond, et la possibilité d'un exercice immédiat des voies de recours. La décision montre que cette règle s'applique non seulement en cas d'acceptation ou de refus d'une expertise, mais encore à une décision d'annulation suivie d'une demande de nouvelle expertise.

Le principe de la recevabilité immédiate du pourvoi étant admis contre cette décision ordonnant une nouvelle expertise, se posait une seconde question, tenant à la place toujours très délicate du respect du principe du contradictoire dans ces procédures d'expertise. Face à la validation de la première décision d'expertise (qui vraisemblablement avait reconnu un lien de causalité entre la maladie et le travail) et un refus du recours à une nouvelle

expertise, la société faisait valoir que le principe du contradictoire n'avait pas été respecté au cours de cette expertise, faute de respect d'un certain nombre de règles tenant en particulier à l'absence de convocation par lettre recommandée afin de faire valoir ses observations devant l'expert, ainsi qu'à l'absence de toute possibilité qu'elle avait eue de présenter ses observations au cours de l'expertise. La Cour de cassation rejette ces arguments en refusant d'étendre le bénéfice du principe du contradictoire à l'employeur dans les procédures d'expertise médicale. Elle indique en effet que la procédure d'expertise médicale technique portant sur l'état de santé de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle « n'est pas opposable à l'employeur ». Il en découle que ce dernier « n'est pas autorisé à se faire représenter dans cette procédure ».

La Cour entend ainsi fermement maintenir la règle selon laquelle l'employeur n'est pas partie à cette procédure d'expertise et qu'il ne saurait se prévaloir d'une méconnaissance des règles du procès équitable à ce stade de la procédure. Cette position n'est pas sans le risque d'une condamnation de la Cour européenne des droits de l'Homme, tant celle-ci attache une place prééminente au contradictoire dans le procès. Dans un arrêt de 1997 (17), la Cour avait fait valoir que les exigences du procès contradictoire doivent s'appliquer à la procédure d'expertise dès lors que les conclusions du rapport d'expertise sont susceptibles d'influencer de manière prépondérante l'appréciation des faits par le juge. Il pourra sembler qu'en plaçant le débat sur le terrain de la représentation de l'employeur dans la procédure (comme l'y invitait le pourvoi), la Cour ne répond pas directement à cette question : la Cour européenne ne pourrait manquer de soulever l'importance des conclusions du rapport d'expertise dans la reconnaissance des maladies professionnelles pour les entreprises. La Cour européenne n'avait pas exigé dans sa décision que les parties fussent présentes pendant toutes les phases de la procédure d'expertise, mais elle faisait valoir que les parties devaient être à même de discuter des différents témoignages retenus. La Cour de cassation, pour sa part, semble favoriser la recherche d'un équilibre qui permettrait de ménager les intérêts en présence et la règle du contradictoire. Elle retient que les parties peuvent discuter des conclusions du rapport d'expertise. Elle rappelle alors que l'entreprise peut contester la décision de la Caisse à la suite de l'expertise, en sollicitant une nouvelle mesure d'expertise ou en rapportant la preuve que la maladie n'a pas pour origine le travail habituel du salarié. On ne pourra que relever que l'argument ne répond pas directement aux exigences soulevées par la

(16) V. Soc. 11 juillet 1996, Bull. civ. V, n° 8.

(17) V. CEDH 18 mars 1997, *Mantovanelli c/ France*, RTD Civ. 1997, 1007, obs. J.P. Marguénaud.

Cour européenne des droits de l'Homme. La question qui se pose de manière très directe est aujourd'hui de savoir si l'exigence du contradictoire pourrait trouver une limite dans le respect de la protection du secret médical. La Cour fait preuve dans une affaire précédente de la plus grande fermeté sur la protection

de ce secret dans les procédures d'expertise médicale (18), et il pourrait sembler heureux de maintenir ce cap fermement. La solution de la Cour de cassation à ce titre s'avère opportune mais elle ne peut qu'être fragile face à la place incontestée de la règle de la contradiction dans le procès civil.

ACCIDENT DU TRAVAIL – Faute inexcusable – Contentieux – Intervention volontaire d'une association (FNATH) – Intervention à titre principal – Condition – Titularité du droit d'action.

COUR DE CASSATION (Ch. Civ. 2^e) 13 janvier 2011

Société Géodis contre X (pourvoi n° 09-17.496)

Attendu, selon l'arrêt attaqué, que M. X..., salarié de la société Géodis (la société), a été victime le 3 décembre 2002 d'un accident qui a été pris en charge au titre de la législation professionnelle par la Caisse primaire d'assurance maladie de Lyon ; qu'il a saisi une juridiction de Sécurité sociale d'une demande de reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur ; que la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés du Rhône, "l'Association des accidentés de la vie" (FNATH), est intervenue dans la même instance pour demander la réparation de son propre préjudice ;

Sur le second moyen : (...)

Mais sur le premier moyen, pris en sa première branche :

Vu les articles L. 452-3 et L. 452-4 du Code de la Sécurité sociale ;

Attendu qu'il résulte de ces textes que seuls la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou ses ayants droit peuvent agir devant le Tribunal des affaires de Sécurité sociale pour voir reconnaître l'existence d'une faute inexcusable et statuer sur les conséquences de cette faute ;

Attendu que pour recevoir l'intervention à titre principal de la FNATH et statuer sur les demandes de celle-ci, l'arrêt énonce, d'une part, que les dispositions de l'article L. 452-1 du Code de la Sécurité sociale n'interdisent pas l'accès au Tribunal des affaires de Sécurité sociale d'un intervenant volontaire dès lors qu'il ne vient pas réclamer une indemnisation complémentaire, d'autre part, que dotée de la personnalité morale, reconnue d'utilité publique et ayant pour mission, selon l'article 2 de ses statuts, d'obtenir l'amélioration du sort des victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles, la FNATH dispose, compte tenu de son objet, d'un droit à agir dans un litige en faute inexcusable ;

Qu'en statuant ainsi, la Cour d'appel a violé les textes susvisés ;

Et vu l'article 627 du Code de procédure civile ;

PAR CES MOTIFS :

Casse et annule, mais seulement en ce qu'il a déclaré recevable l'intervention de la FNATH du Rhône et a statué sur les demandes de celle-ci, l'arrêt rendu le 3 novembre 2009, entre les parties, par la Cour d'appel de Lyon ;

Dit n'y avoir lieu à renvoi ;

Déclare irrecevable l'intervention à titre principal de la FNATH du Rhône.

(M. Loriferne, prés. - M. Héderer, rapp. - Mme de Beaupuis, av. gén. - SCP Célice, Blancpain et Soltner, SCP Peignot et Garreau, av.)

Un dernier arrêt (P+B) retiendra notre attention au titre des règles procédurales applicables à la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles. La Cour a eu à statuer, dans un litige relatif à la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident, sur la recevabilité de l'action menée par les associations d'aide aux victimes. La FNATH (Fédération nationale des accidentés du travail) était ici intervenue volontairement dans le litige afin de faire reconnaître l'existence d'une faute inexcusable dans une affaire dans laquelle l'employeur avait soumis le salarié à des risques excessifs. Cette intervention se heurtait

cependant à la rigueur des règles du Code de procédure civile en matière d'intervention. L'intervention était ici faite à titre principal, c'est à dire sur le fondement de l'article 329 du Code de procédure civile. Ce texte indique que cette intervention a pour but d'élever une prétention « *au profit de celui qui la forme* » et exige que son auteur « *ait le droit d'agir relativement à cette prétention* ». Cette forme d'intervention exige donc par nature que l'intervenant émette une prétention dont l'objet est distinct de la demande principale (formée ici par la victime). Il était donc logique, au vu de ces textes, que cette action soit jugée irrecevable, la FNATH

(18) V. Civ. 2, 13 novembre 2008, n° 07-18.364.

ayant limité sa demande à la reconnaissance de la faute inexcusable au profit de la victime. La Cour relève que les articles L. 452-3 et L. 452-4 du Code de la Sécurité sociale réservent aux seules victimes d'accidents et de maladies professionnelles et à leurs ayants droit l'action en reconnaissance de la faute inexcusable.

La question aurait sans doute été davantage sujette à débat si la FNATH avait formé non une intervention principale, mais une intervention accessoire sur le fondement de l'article 330 du Code de procédure civile. Ce texte indique que cette intervention est destinée à appuyer les prétentions d'une partie, et que sa recevabilité exige que son auteur ait intérêt, pour la conservation de ses droits, à soutenir cette partie. La jurisprudence étant relativement obscure sur la notion d'intérêt à intervenir à titre accessoire (19), la recevabilité de l'action de la FNATH aurait pu prêter à hésitation. Certains groupements bénéficient de textes spécifiques qui leur ouvrent très largement l'intervention devant les juridictions (cf. l'article L. 2132-3 C. Trav. pour les syndicats et la loi du 5 janvier 1988 pour les associations de consommateurs). Les autres groupements sont soumis au droit commun. Les textes permettraient

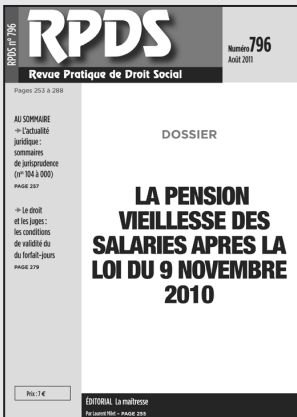
d'ouvrir assez largement leur action, mais la Cour de cassation n'est pas toujours très accueillante à l'égard de l'action des associations de victimes, craignant sans doute la multiplication d'interventions de groupements poursuivant des finalités idéologiques ou politiques discutables.

L'ouverture plus large du droit d'intervenir pour ces associations mériterait d'être reconsidérée en ce qui concerne les associations de défense des victimes d'accidents du travail lorsque leur objet social le permet et qu'elles sont reconnues d'utilité publique par les pouvoirs publics. Ces interventions sont importantes afin de soutenir les victimes dans leurs actions et de remédier aux expositions les plus graves aux risques professionnels. À l'heure où chacun se prévaut de la nécessaire amélioration de la sécurité des salariés à travers le développement de la prévention, il ne fait nul doute que l'ouverture de l'action en justice aux associations de soutien aux victimes soit un vecteur important de la diffusion des règles protégeant les salariés contre le risque d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Frédéric Guiomard

(à suivre)

(19) Cf. Enc. Dalloz Procédure civile V°, Intervention, n° 48 et ss.



RPDS 796 - Août 2011

Au sommaire :

Dossier : **LA PENSION VIEILLESSE DES SALARIES APRES LA LOI DU 9 NOVEMBRE 2010**

Le droit et les juges : Les conditions de validité du forfait-jours après l'arrêt du 29 juin 2011

L'actualité juridique : sommaires de jurisprudence commentés

Pour les lecteurs non abonnés à la RPDS, commande à NSA La Vie Ouvrière, BP 88, 27190 Conches-en-Ouche. Prix du numéro : 7 euros (+ forfait de 3 euros par envoi).

Abonnement : 73 euros par an uniquement à NVO, BP 160, 77315 Marne-La-Vallée Cedex 2.

Commandes et abonnement en ligne sur notre site Internet www.librairie-nvo.com ou www.lecodedutravail.fr

<http://sites.google.com/site/droitouvrier>