

cadre d'un plan social, afin d'occuper le poste proposé par une autre entreprise. Il avait pris acte de la rupture du contrat de travail au motif que son employeur ne lui avait pas répondu en temps utile sur cette candidature et l'avait ainsi tenu dans l'ignorance de son avenir professionnel. Il entendait obtenir, en conséquence, le paiement d'indemnités pour licenciement sans cause réelle et sérieuse. La cour d'appel a fait droit à sa demande estimant que ce manquement de l'employeur était suffisamment grave pour fonder la prise d'acte. Sa décision est censurée par la Haute Cour. Cette dernière relève, dans un attendu de principe, que **l'objet de la prise d'acte** est de permettre au salarié de rompre son contrat lorsque les faits reprochés à l'employeur font obstacle à la poursuite de ce contrat. Tel n'était pas le cas en l'espèce, le différend opposant le salarié à son employeur concernant les modalités et les conditions de la rupture.

Ainsi, tout manquement de l'employeur ne justifie pas la prise d'acte. Si la condition précitée n'est pas remplie, cette dernière équivaut à une démission.

**3.** Soulignons que le **salarié privé de la possibilité de trouver un autre emploi** du fait de l'employeur n'est pas dépourvu de tout **recours**. Il peut en effet demander l'indemnisation du préjudice que lui a causé la défaillance de l'employeur en l'excluant à tort d'un dispositif prévu dans le plan social et destiné à favoriser des départs volontaires (en ce sens : Cass. soc. 30 novembre 2004 : RJS 2/05 n° 144 ; 27 novembre 2007 : RJS 2/08 n° 162).

## Une mutuelle ne peut pas moduler ses remboursements en fonction du praticien choisi par l'adhérent

Civ. 2<sup>e</sup>, 18 mars 2010 n° 09-10.241

**Une mutuelle ne saurait minorer les remboursements versés aux assurés qui s'adressent à des praticiens non agréés.**

**1.** La Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) et la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) ont conclu un protocole d'accord prévoyant que certains soins, notamment les travaux de prothèse dentaire, exposés par les adhérents de la mutuelle sont remboursés à un tarif majoré s'ils s'adressent à un praticien affilié au protocole.

Ayant sollicité les soins d'un chirurgien-dentiste non affilié, un adhérent n'avait pu obtenir qu'un remboursement de 610 € au lieu des 1 586,25 € qu'il aurait perçus s'il s'était adressé à un praticien agréé.

L'intéressé avait donc saisi le juge de proximité, afin qu'il condamne la mutuelle à lui verser la différence.

Celui-ci a rejeté sa demande.

**2.** Pour casser la décision de la juridiction de proximité, la Cour de cassation s'est fondée sur les dispositions de l'article L 112-1, alinéa 3 du **Code de la mutualité** qui n'autorisent les mutuelles et leurs unions à instaurer de différences dans le niveau des prestations servies à leurs adhérents « qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés ».

Respecte ces dispositions, par exemple, la différenciation opérée par une mutuelle dans la prise en charge de médicaments et frais pharmaceutiques qui s'inscrit dans le cadre de garanties distinctes assorties de cotisations propres (Cass. soc. 16 novembre 2000 n° 99-10.608 : Bull. civ. V n° 376).

Ce n'est pas le cas, en revanche, lorsque l'application de tarifs de remboursement différents pour un même acte est fondée comme en l'espèce, sur le choix du praticien, ce critère ne répondant pas aux exigences de l'article L112-1.

**3.** Indiscutablement conforme à la lettre de l'article L 112-1 du Code de la mutualité, la solution retenue par la Cour de cassation présente cependant deux **inconvenients**.

Elle remet en cause la politique de **réseaux de soins** développée depuis plusieurs années par les organismes complémentaires d'assurance maladie, en vue d'assurer la qualité des soins et une meilleure maîtrise des dépenses de santé (alors que l'Autorité de la concurrence vient d'en affirmer, dans un avis 09-A-46 du 9 septembre 2009, le caractère « pro-concurrentiel »).

Surtout, elle consacre le fait que les mutuelles sont soumises à une prohibition qui ne s'impose pas aux autres organismes d'assurance maladie complémentaires, à savoir les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, lesquelles ont recours, tout comme les mutuelles, à des réseaux de soins. Elle soulève ainsi un **problème d'égalité** et **de concurrence** entre organismes assureurs. Le problème de l'égalité avait d'ailleurs fait l'objet d'une question prioritaire de constitutionnalité de la part des avocats de la MGEN, mais la Cour de cassation n'a pas estimé nécessaire d'ordonner la réouverture des débats pour y répondre.

Compte tenu de ces éléments, et comme souligné par certains intervenants du secteur de la mutualité, le seul moyen de résoudre ce problème serait sans doute la modification de l'article L 112-1, alinéa 3 du Code de la mutualité.

4. Quelles sont les **conséquences** de l'arrêt du 18 mars 2010 **pour les employeurs** ayant conclu avec une mutuelle un contrat de prévoyance complémentaire collective obligatoire contenant des stipulations similaires à celles condamnées par la Cour de cassation ? La **responsabilité** de ces employeurs pourrait-elle être engagée ?

La réponse est, à notre sens, négative. C'est, selon nous, aux mutuelles elles-mêmes qu'il incombe d'assumer les conséquences financières de l'inopposabilité aux adhérents des stipulations litigieuses.

5. Reste que l'on ne saurait **conseiller** à un employeur de conclure un contrat qu'il sait non conforme à la loi ou de rester lié par un tel contrat en toute connaissance de cause.

Les employeurs envisageant de confier le remboursement des frais médicaux de leurs salariés à une mutuelle auront donc intérêt à s'assurer que le projet de contrat qui leur est soumis est conforme aux dispositions de l'article L 112-1, alinéa 3 du Code de la mutualité. Et ceux qui ont déjà conclu un contrat, à en vérifier le contenu et à en demander la modification, si besoin est.

## Sanction pécuniaire pour déclaration AT tardive : les juges prennent le contrôle !

Civ. 2<sup>e</sup>, 8 avr. 2010, n° 09-11.232

Civ. 2<sup>e</sup>, 8 avr. 2010, n° 08-20.906

Civ. 2<sup>e</sup>, 8 avr. 2010, n° 08-20.806

**Désormais, en cas d'envoi tardif de la déclaration d'accident du travail, la CPAM n'est plus seule à fixer le montant de la sanction prise à l'encontre de l'employeur. Les juges du fond peuvent contrôler l'adéquation de la sanction à la gravité des faits et moduler son montant.**

Outre les sanctions pénales qu'il encourt, l'employeur qui omet de déclarer un accident du travail dans les délais prévus (48 heures à compter de la date où il a été informé de l'accident) s'expose au remboursement intégral des dépenses engagées par la caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) pour l'accident.

Jusqu'à présent, seule la CPAM avait qualité pour juger du bien fondé et de l'annulation partielle ou totale de la sanction qu'elle avait prise à l'encontre de l'employeur. Les tribunaux ne pouvaient se substituer à elle pour accorder une remise de dettes

(Cass. soc., 22 juin 1995, n° 93-10.010, CPAM de Seine-Saint-Denis c/ Sté nouvelle des Ets Thuillier : Bull. civ. V, n° 211). Ils ne contrôlaient que l'existence du retard de déclaration et l'affectation à l'accident des dépenses réclamées à l'employeur négligent, pas le montant du remboursement réclamé.

S'appuyant sur le sacro-saint article 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (c'est-à-dire sur le principe général et quasi universel des droits de la défense) et sur l'article du code de la sécurité sociale relatif à cette sanction (CSS, art. L. 471-1), la Cour de cassation opère un revirement inattendu en considérant qu'il appartient aux juridictions du contentieux général de la sécurité sociale (tribunal des affaires de sécurité sociale et cour d'appel) d'apprécier l'adéquation d'une sanction à caractère punitif prononcée par un organisme de sécurité sociale à la gravité de l'infraction commise.

En l'espèce, la sanction prise par la CPAM à l'encontre de l'employeur pouvait être jugée sévère : elle réclamait le remboursement intégral des dépenses engagées par elle pour un accident du travail que l'employeur avait déclaré seulement 5 jours après en avoir eu connaissance (au lieu de 48 heures). Les juges du fond avaient balayé la réclamation de l'employeur d'un revers de la main en constatant l'existence du retard de déclaration et en se contentant d'énoncer que les sommes mises par la CPAM à la charge de l'employeur correspondaient aux dépenses engagées pour l'accident. À tort : ils auraient dû vérifier si le retard de l'employeur justifiait par son ampleur que l'intégralité des dépenses relatives à l'accident soit mise à sa charge.

Le droit des juges du fond de contrôler la proportionnalité de la sanction pécuniaire à la faute commise avait déjà été légalement reconnu en cas de rétention des indemnités journalières de sécurité sociale (IJSS) pour inobservation des obligations à la charge de l'assuré, comme le rappelle très justement la Cour de cassation dans deux d'arrêts récents.

Le bénéfice des IJSS servies par la CPAM (maladie, maternité, accident du travail) est, en effet, subordonné à un certain nombre d'obligations à la charge de l'assuré (à savoir, observer les prescriptions du praticien, se soumettre au contrôle médical de la CPAM, respecter les heures de sorties autorisées par le médecin et s'abstenir de toute activité non autorisée). Si l'assuré contrevient à l'une de ces obligations, la CPAM peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des IJSS qui lui sont dues. Mais, contrairement à la sanction applicable en cas d'envoi tardif de la déclaration d'accident du travail, la loi affirme très clairement que les juridictions du contentieux général de la sécurité sociale peuvent contrôler l'adéquation du montant de la sanction prononcée par la caisse à l'importance de l'infraction commise par l'assuré (CSS, art. L. 323-6).