

demande de changement de tableau, fondée sur l'exposition aux vibrations. L'assuré réclamait la saisine d'un autre CRRMP afin que soit prise en charge son affection au titre du tableau n° 97. Il prétendait que la classification était déterminante du taux d'incapacité permanente partielle (IPP) afférent à sa pathologie. D'ailleurs, la CNITAAT, saisie d'une action en contestation du taux retenu par la caisse, avait sursis à statuer jusqu'à la décision définitive concernant l'imputabilité des lésions.

Dès lors, il convient de se demander si le taux d'IPP dépend, au moins en partie, de la qualification de la maladie professionnelle ou des travaux accomplis. La réponse est négative. Sur le fondement de l'article L. 434-2 du Code de la sécurité sociale, « le taux d'IPP est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité ». Cette évaluation se réalise à la date de consolidation de l'état de la victime. Pour autant, comme le souligne Madame Keim-Bagot, la victime dont l'état de santé évolue après la consolidation, spécialement en matière de troubles musculo-squelettiques ou des maux du rachis dorsal, peut demander la révision du taux sur le fondement de l'article L. 443-1 du Code de la sécurité sociale (Cass. 2^e civ., 15 mars 2018, n° 17-10.325 : *JurisData* n° 2018-003615 ; *Cah. soc.* 2018, n° 308, obs. M. Keim-Bagot, p. 304). Même des séquelles psychologiques peuvent être invoquées postérieurement à la consolidation devant le tribunal du contentieux de l'incapacité (Cass. 2^e civ., 25 janv. 2018, n° 16-26.887 : *JurisData* n° 2018-000649 ; *JCP S* 2018,

1101, note X. Aumeran). En l'espèce, la CNITAAT avait sursis à statuer car il semblait que le litige portait essentiellement sur l'imputabilité de certaines séquelles à la maladie professionnelle. Il est vrai que l'imputabilité des séquelles au risque professionnel relève du contentieux général (Cass. 2^e civ., 22 janv. 2015, n° 14-11.075 : *JCP E* 2017, 1592, obs. A. Bugada. – Cass. 2^e civ., 10 mars 2016, n° 14-29.145 : *JurisData* n° 2016-004136 ; *JCP S* 2016, 1181, note E. Jeansen ; *Cah. soc.* 2016, n° 287, p. 376, note M. Keim-Bagot). Seules les séquelles sont déterminantes et non la nature des travaux exercés par l'assuré.

Dans ce contexte, il est manifeste que le choix du tableau n'a aucune incidence sur le taux d'IPP retenu. La Cour de cassation précise que « s'ils fixent de manière distincte la liste limitative des travaux susceptibles de provoquer les maladies, les tableaux n° 97 et 98 se rapportent aux mêmes maladies et fixent un même délai de prise en charge, ce qui exclut l'intérêt légitime de la victime ». En application de l'article 31 du Code de procédure civile, l'action n'est pas ouverte à ceux qui n'ont pas un intérêt légitime au succès ou au rejet d'une prétention.

Dominique ASQUINAZI-BAILLEUX,
professeur, université de Lyon 3, équipe de recherche Louis Josserand EA 3707

MOTS-CLÉS : Accidents du travail et maladies professionnelles - Maladies professionnelles - Changement de tableau de maladies professionnelles - Intérêt à agir de la victime

TEXTES : CSS, art. L. 461-1

JURISCLASSEUR : Protection sociale Traité, fasc. 311, par Gérard Vachet

CONTENTIEUX

Contentieux de la sécurité sociale

1271 Précisions sur le contentieux de l'indu faisant suite à un contrôle de la tarification à l'activité

Un organisme peut, avant l'expiration du délai de recours, retirer une décision pour lui en substituer une nouvelle modifiant les modalités de recours. Le tribunal des affaires de sécurité sociale ne peut alors être saisi qu'après que le litige a fait l'objet d'une réclamation devant la commission de recours amiable de l'organisme compétent.

Les sommes dues par un établissement de santé à la suite d'un contrôle de la tarification à l'activité peuvent être diminuées dans le cadre de la procédure de recouvrement de l'indu prévue à l'article L. 133-4 du Code de la sécurité sociale du montant dont l'organisme est redevable au titre d'erreurs de sous-facturation.

Cass. 2^e civ., 31 mai 2018, n° 17-19.340, F-P+B : *JurisData* n° 2018-009056

LA COUR – (...)

● Attendu, selon l'arrêt attaqué et les productions, qu'agissant tant pour son compte propre qu'en vertu des mandats conférés par d'autres organismes

d'assurance maladie, la caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne (la caisse) a procédé, du 30 janvier au 9 février 2011, au contrôle de l'activité du Centre médico-chirurgical et obstétrical d'Evry (le CMCO) et lui a notifié, le 7 juin 2011, un indu correspondant à des anomalies dans la tarification et la facturation de prestations réalisées au cours de l'année 2009 ; que le CMCO ayant formulé ses observations, la caisse a rejeté celles-ci par une lettre du 11 août 2011 valant également mise en demeure, à laquelle elle a substitué, le 23 août suivant, une nouvelle mise en demeure annulant et remplaçant la précédente ; que la commission de recours amiable de la caisse ayant rejeté son recours présenté le 28 juillet 2011, le CMCO a saisi d'un recours une juridiction de sécurité sociale ;

Sur le deuxième moyen :

● Attendu qu'il n'y a pas lieu de statuer par un arrêt spécialement motivé sur le moyen annexé qui n'est manifestement pas de nature à entraîner la cassation ;

Sur le troisième moyen :

● Attendu que la caisse fait grief à l'arrêt de retenir la compensation et de la débouter de sa demande en paiement dirigée contre le CMCO, alors, selon le moyen :

1° / qu'il résulte de l'article L. 133-4 du Code de la sécurité sociale qu'en cas d'inobservation des règles de tarification et de facturation, la procédure de

recouvrement de l'indu obéit aux seules dispositions spécifiques de cet article ; que, dès lors, ne peut être demandée dans le cadre de cette procédure la compensation entre des dettes prétendument réciproques sur le fondement des dispositions des articles 1289 et suivants du code civil ; qu'il était acquis aux débats que la procédure de recouvrement en cause était fondée, en application de l'article L. 133-4 du Code de la sécurité sociale, sur l'inobservation des règles de tarification et de facturation ; que, dès lors, en affirmant que l'article 1289 du Code civil autorisait la société CMCO à opposer à la CPAM de l'Essonne des sous-facturations au détriment de l'établissement de soins, sans relever, au besoin d'office, que les dispositions d'ordre public de l'article L. 133-4 du Code de la sécurité sociale s'opposaient à ce que la compensation soit ainsi ordonnée, la cour d'appel a violé ce dernier texte, dans sa rédaction applicable en la cause, et l'article 1289 du Code civil, dans sa rédaction antérieure à celle issue de l'ordonnance du 10 février 2016 ;

2°/ que l'article 2 du décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 a prévu l'entrée en vigueur de celui-ci au 1^{er} octobre 2011 ; que, par suite, seules sont concernées par l'obligation de procéder, avec l'accord de l'établissement de santé, à la compensation entre les sommes indûment perçues par ce dernier et les sommes dues par la caisse au titre des sous-facturations les notifications de payer les sommes indûment perçues adressées par l'organisme social à un tel établissement à compter du 1^{er} octobre 2011 ; qu'il résulte de la procédure que la CPAM de l'Essonne a adressé une notification de payer à la société CMCO le 7 juin 2011 renouvelée le 13 juillet 2011 ; qu'en affirmant néanmoins que la compensation étant prévue au 1^{er} dudit décret, elle s'appliquait dès le 1^{er} octobre 2011 et que s'agissant d'une modification de règles de procédure, elle était d'application immédiate, la cour d'appel a violé l'article 2 du décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011, ensemble l'article R. 133-9-3 du Code de la sécurité sociale et l'article 2 du Code civil ;

3°/ que les caisses d'assurance maladie ne sont tenues de procéder, avec l'accord de l'établissement de santé, à la compensation entre les sommes indûment perçues par ce dernier et les sommes dues par la caisse au titre des sous-facturations que lorsqu'elles adressent une notification de payer à cet établissement à la suite d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 du Code de la sécurité sociale, soit dans l'hypothèse où le directeur de l'agence régionale de santé prend une sanction à l'encontre de cet établissement ; qu'il résulte de l'arrêt attaqué et qu'il était acquis aux débats que seul était en litige un indu relatif aux suppléments réanimation continue, sans qu'aucune sanction financière n'ait été prise contre l'établissement de santé ; qu'en affirmant néanmoins que la compensation avait été prononcée à bon droit entre les sommes perçues par l'établissement de santé et les sommes qui lui étaient dues par la caisse au titre des sous-facturations sur le fondement de l'article R. 133-9-3 du Code de la sécurité sociale, la cour d'appel a violé ce dernier texte ;

● Mais attendu qu'aux termes des articles 1289 et suivants du Code civil, les obligations réciproques de même nature s'éteignent par compensation, jusqu'à concurrence de leurs quotités respectives, lorsqu'elles sont fongibles, certaines et liquides ;

● Et attendu que l'arrêt relève que le rapport définitif de contrôle du 2 mai 2011 fait apparaître des erreurs de facturation au détriment de l'établissement pour un montant de 8 740,37 euros, que la caisse ne conteste pas ;

Que de ces constatations et abstraction faite des motifs surabondants critiqués par les deux dernières branches du moyen, la cour d'appel a exactement déduit que, les sommes litigieuses répondant aux conditions fixées par les textes susmentionnés, les sommes dues par le CMCO à la caisse devaient être réduites du montant de celles dont cette dernière lui était redevable au titre d'erreurs de facturation ;

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

Mais sur le premier moyen :

Vu les articles R. 142-1, alinéas 1^{er} et 2, et R. 142-18, alinéa 1^{er}, du Code de la sécurité sociale ;

● Attendu qu'il résulte de ces textes que le tribunal des affaires de sécurité sociale ne peut être saisi d'un recours qu'après que le litige a fait l'objet d'une réclamation soumise à la commission de recours amiable de l'organisme de sécurité sociale compétent ;

● Attendu que pour déclarer le recours du CMCO recevable pour toutes les créances, y compris les créances autres que celles de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne, l'arrêt retient essentiellement que le contrôle a été effectué par cette seule caisse, qui a seule aussi adressé le courrier du 7 juin 2011 renouvelé le 13 juillet 2011 retenant un indu, le maintenant par courrier du 5 juillet 2011, avant d'envoyer une mise en demeure le 11 août 2011 précisant que les contestations devaient être adressées à la commission de recours amiable de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne ; que ce n'est que par mise en demeure rectificative du 23 août 2011 qu'il était précisé qu'il convenait de saisir chaque caisse gestionnaire ; Qu'en statuant ainsi, au motif inopérant que le CMCO avait saisi la commission de recours amiable de la caisse le 28 juillet 2011 d'une réclamation à l'encontre de la notification initiale de l'indu, avant la notification de la mise en demeure rectificative, alors qu'elle constatait que le CMCO avait reçu le 23 août 2011 une mise en demeure rectificative lui indiquant qu'il convenait de saisir d'une réclamation, à due concurrence des sommes litigieuses, la commission de recours amiable de chacune des caisses primaires d'assurance maladie qu'elle mentionnait, la cour d'appel a violé les textes susvisés ;

Par ces motifs :

● Casse et annule, mais seulement en ce qu'il déclare le Centre médico-chirurgical et obstétrical d'Evry recevable pour toutes les créances, y compris les créances autres que celles de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne, l'arrêt rendu le 2 février 2017, entre les parties, par la cour d'appel de Paris ;

NOTE

Un organisme de sécurité sociale procède au contrôle de la tarification à l'activité (T2A) d'un établissement de santé. Ce contrôle est conduit à réclamer un indu. S'ensuit un contentieux venu devant la Cour de cassation. Le litige porte sur deux principales difficultés.

Première difficulté. L'organisme commet une erreur à la fin du contrôle. Une mise en demeure est envoyée. Puis, une seconde mise en demeure, cette fois-ci rectificative, qui modifie les modalités de recours figurant sur la première décision. Or, l'établissement ne conteste que la première décision. Un imbroglio procédural en résulte. L'établissement est déclaré irrecevable pour une partie de son recours. Il est donc absolument nécessaire dans un tel scénario de contester toute décision rectificative d'un organisme et de ne pas se limiter à la contestation de la décision initiale (1).

Seconde difficulté. À la suite de ce contrôle, l'organisme refuse de prendre en compte des erreurs commises au détriment de l'établissement (erreurs de sous-facturation). La caisse affirme que ces erreurs ne sauraient minorer l'indu réclamé dans le cadre de la procédure de recouvrement prévue à l'article L. 133-4 du Code de la sécurité sociale. Deux thèses inconciliables s'affrontent. Première thèse, les dispositions de l'article L. 133-4 organisent une procédure de recouvrement spécifique, excluant dans certains cas l'application des anciens articles 1289 et suivants du Code civil relatifs à la compensation (devenus les articles 1347 et suivants). Seconde solution, appliquer ces dispositions du Code civil, qui constituent un mode légal d'extinction des obligations réciproques. La Cour de cassation opte pour cette solution. Les sommes dues par un établissement de santé à la suite d'un contrôle de la tarification à l'activité (T2A) peuvent être, dans le cadre du recouvrement de l'indu prévu à l'article L. 133-4 du Code de la sécurité sociale, diminuées du montant dont l'organisme est redevable au titre d'erreurs de sous-facturation (2).

1. Nécessité contentieuse de contester une décision rectificative d'un organisme de sécurité sociale

La Cour de cassation admet de longue date qu'un organisme substitue à une décision initiale une décision rectificative (A). Cette se-