

ACCIDENT DU TRAVAIL

Décision de prise en charge par la CPAM

Opposabilité à l'employeur

4ème B chambre sociale, 30 septembre 2015, RG 13/02349

Dès lors qu'il existe une continuité de symptômes et de soins entre la lésion initiale résultant d'un accident du travail et l'ensemble des prolongations d'arrêt de travail prescrites jusqu'à la date de consolidation, ces différents arrêts de travail sont présumés imputables à l'accident du travail, en application de l'article L411-1 du code de la sécurité sociale, et il appartient à l'employeur de démontrer qu'ils résultent d'une cause totalement étrangère au travail.

Cette présomption n'est pas détruite lorsque le rapport de l'expert judiciaire n'exclut nullement l'existence d'un lien entre les arrêts de travail considérés et l'accident initial, mais se borne à écarter l'existence d'un lien direct et exclusif de ces arrêts de travail avec l'accident du travail, ni ne permet d'établir l'existence d'un état pathologique antérieur évoluant pour son propre compte, qui aurait pu avoir un effet sur la durée des arrêts de travail successifs.

4ème B chambre sociale, 4 mars 2015 – RG : 12/09641

Lorsque l'employeur a émis des réserves quant au fait que les lésions dont la prise en charge était sollicitée au titre d'un accident du travail soient survenues au temps et au lieu de travail, et motivé ses doutes par l'absence de témoin alors que le salarié se trouvait dans un rayon où il était susceptible d'être entouré d'autres personnes, de sorte qu'il s'agit ainsi de réserves motivées, émises après que l'employeur ait recueilli des informations de

l'entreprise utilisatrice, elles imposaient à la caisse primaire d'assurance maladie de mettre en oeuvre les mesures d'instruction prévues au III de l'article R41-11 du code de la sécurité sociale , c'est à dire, soit d'envoyer un questionnaire au salarié et à l'employeur, soit de procéder à une enquête.

Faute pour la caisse d'avoir diligenté de telles mesures, sa décision de prise en charge doit être déclarée inopposable à l'employeur.

4ème chambre sociale, 30 avril 2014 – RG 12/05910

Il résulte des dispositions des articles L.412-4 et R. 412-1 du code de la sécurité sociale que le salarié d'une entreprise de travail temporaire, victime d'un accident du travail alors qu'il a été mis à disposition d'une entreprise utilisatrice, doit informer cette dernière de l'accident survenu dans les 24 heures, et que l'entreprise utilisatrice doit elle-même informer l'entreprise de travail temporaire de tout accident dont elle a eu connaissance dans un délai de 24 heures.

Il appartient de ce fait à l'entreprise de travail temporaire, en cas de survenue d'un accident du travail, de recueillir auprès de l'entreprise utilisatrice toutes les informations nécessaires sur les circonstances de l'accident avant de procéder à la déclaration de cet accident. Faute d'accomplir ces diligences, elle ne saurait se borner à invoquer des réserves stéréotypées qui ne suffissent pas à remettre en cause la présomption légale découlant du simple examen des pièces fournies lors de la déclaration d'accident du travail.

ACTION DE LA CPAM EN RÉPÉTITION DE L'INDU

Actes de kinésithérapie non pris en charge

Bilan postural

3ème chambre sociale, 23 Septembre 2020, N° RG 15/09113

Le « bilan postural » est un acte de kinésithérapie qui ne peut être tarifé et n'est actuellement pas pris en charge par l'assurance maladie. Il ne peut se voir appliquer la tarification AMK 20, réservée au seul « bilan musculaire » des conséquences motrices des affections neurologiques pour tout le corps. Dès lors est justifiée la demande d'indu notifiée par la CPAM et portant sur la facturation de bilans posturaux côtés AMK 20.

Actes non conformes aux données de la science

Chambre sociale 4ème B, 18 septembre 2019, RG 15/00663

Répondre de manière générale que « les actes facturés n'existant plus en bouche » sont des actes non conformes aux données acquises de la science car les dents ont été avulsées à court terme et que la notion de " non qualité " est liée à l'absence de pérennité des soins conservateurs et prothétiques pris en charge à tort, sans plus de précisions ni justificatifs précis pour chaque dossier, ne permet pas à la CPAM de caractériser la réalisation par un chirurgien-dentiste d'actes non-conformes aux données de la science.

Action contre un fournisseur de matériel médical

3ème chambre, 23 Septembre 2020, N° RG 15/07836

Le recouvrement d'un indu ne peut s'effectuer qu'auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de la réglementation.

Une société qui fournit des dispositifs médicaux ne peut être tenue d'un indu né d'une prescription d'un professionnel soignant non habilité que dans la seule mesure où elle ne respecte pas les prescriptions particulières de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) ou s'affranchit de son obligation de

s'adresser au prescripteur lorsque l'ordonnance ne comporte pas les informations nécessaires à l'exécution et à la prise en charge de la prescription.

N'ayant pas la charge de vérifier la qualité du prescripteur, la LPPR ne contenant à cet égard aucune restriction, elle n'est pas tenue d'un indu provoqué par un professionnel de santé qui sort des limites de ses capacités de prescription.

Elle ne peut davantage se voir réclamer un indu né d'une facturation d'un coussin à une femme enceinte ou allaitante en dehors des indications prévues par la LPPR alors que ne relève pas de ses missions de vérification une appréciation médicale de l'acte prescrit et que l'ordonnance comporte les informations nécessaires à son exécution et à sa prise en charge.

3ème chambre, 9 Septembre 2020, N° RG 15/04499

Une appréciation médicale de l'acte prescrit ne relevant pas des missions de vérifications du distributeur de matériel médical prescrit par d'autres professionnels de santé, il ne peut lui être reproché de ne pas s'être adressé au prescripteur en cas de non respect des règles applicables à la délivrance de ce matériel, alors que l'ordonnance comportait les informations nécessaires à son exécution et à sa prise en charge.

Il ne peut donc se voir réclamer un indu né d'une facturation d'un coussin de positionnement à une femme enceinte ou allaitante et tous les indus repris au listing « délivrance de coussins de série de positionnement » en dehors des indications prévues par la LPPR.

CAISSE LOCALE D'ASSURANCES MUTUELLES AGRICOLES

Impossibilité de répartir les réserves libres entre les

sociétaires

2ème chambre commerciale, 3 mai 2016 RG 15/00701

Sur les « réserves libres » faisant partie des fonds propres dont la Caisse Locale d'Assurances Mutuelles Agricoles (CLAMA) des Gorges de l'Ardèche a la pleine propriété, l'article 28 de ses statuts n'autorise la répartition entre ses sociétaires que des excédents annuels, calculés par hypothèse chaque année et figurant au compte de résultat, si celle-ci a été décidée par l'assemblée générale, saisie de cette proposition par le conseil d'administration, pour l'exercice comptable concerné.

Dès lors que ces excédents annuels ont, au contraire, été affectés par l'assemblée générale, chaque année, dans les réserves pour éventualités ou le report à nouveau figurant au passif du bilan sous la rubrique « Capitaux Propres », les sommes ne peuvent plus être réparties entre les sociétaires, même sous forme de ristournes.

Dès lors la caisse locale n'est pas fondée à demander à la Caisse Régionale de Réassurance Mutuelle Agricole dénommée Groupama Sud, la restitution de ses fonds propres déposés sur un fonds commun de placement, afin de les distribuer à ses sociétaires sous forme de ristournes.

Cela reviendrait en outre à réaliser de façon indirecte, en cumulant des sommes placées en réserves pour éventualités durant plusieurs années, un bénéfice, destiné à être redistribué aux sociétaires une année donnée, ce qui contreviendrait à son statut légal issu de l'article L.771-1 du code rural et de la pêche maritime, qui dispose que les caisses d'assurance mutuelles agricoles doivent être gérées et administrées gratuitement et n'avoir en vue ni ne réaliser, en fait, aucun bénéfice.

L'impossibilité pour la caisse locale de répartir le montant de ses réserves libres pour éventualités entre ses sociétaires n'équivaut

ni à une spoliation ni à une impossibilité d'en disposer, dans la mesure où elle demeure libre de les affecter à d'autres placements financiers prévus ou au paiement de certaines de ses charges éventuelles survenues ou de les utiliser pour la constitution de futures réserves obligatoires.

DÉCLARATION DE CRÉANCE PAR UN ORGANISME DE SÉCURITE SOCIALE

Personne habilitée

2ème chambre, 21 octobre 2014 – RG 12/04202

Lorsque le créancier est une personne morale, la déclaration de créance, qui équivaut à une demande en justice, peut être effectuée, soit par les organes habilités par la loi à la représenter, soit par tout préposé titulaire d'une délégation de pouvoirs lui permettant d'accomplir un tel acte, sans que ce pouvoir ne soit soumis aux règles applicables au mandat de représentation en justice dont un tiers peut être investi .

Il résulte des alinéas 3 et 4 de l'article L. 122-1 et R. 122-3 du code de la sécurité sociale, que le directeur d'un organisme de sécurité sociale le représente en justice et peut donner mandat à cet effet à certains agents de son organisme et qu'en cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint

Il s'ensuit qu'est nulle comme ayant été faite par une personne n'ayant pas le pouvoir de la représenter en justice, une déclaration de créance au nom de la MSA faite par un directeur adjoint qui ne justifie d'aucun mandat du directeur en vue de la déclarer, alors qu'il n'est pas allégué ni a fortiori établi que le poste de directeur était vacant, ou que celui-ci était absent momentanément ou empêché.

ENTENTE PRÉALABLE

Soins infirmiers d'une durée réelle inférieure à celle fixée par la nomenclature

4ème chambre sociale, 3 septembre 2014 – RG 12/00165

Si l'article 7 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P.) qui soumet certains actes et traitements à la formalité de l'entente préalable, répute acquis l'accord du contrôle médical une fois expiré le délai imparti pour notifier le refus de prise en charge, l'entente est toutefois inopérante lorsque la durée de la séance de soins infirmiers a été inférieure à celle prévue par la nomenclature.

LA NGAP étant d'application stricte, seule peut être admise une durée effective inférieure de quelques minutes à celle d'une demi heure fixée forfaitairement. En revanche l'infirmier ne saurait facturer deux séances d'une demi heure pour des soins qui ont en fait duré seulement 40 minutes .

De même, le bénéfice de l'entente préalable ne l'autorise pas à facturer des séances non effectivement réalisées. A cet égard, la durée réelle des soins doit être appréciée en tenant compte des prescriptions médicales soumises à l'entente préalable et du récapitulatif des soins mentionnés par l'infirmier .

MÉDECINS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX

Régime particulier des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

Application aux personnes ayant exercé simultanément une activité salariée

4ème B chambre sociale, 30 septembre 2015, RG14/02848

Le régime d'assurance maladie, maternité et décès institué par les articles L 722-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale en faveur des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés constitue un régime particulier, rattaché quant aux prestations au régime général, autonome par rapport aux régimes d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Il en résulte que les dispositions des articles L613-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction alors en vigueur, qui fixe les règles applicables aux personnes exerçant simultanément plusieurs activités, dont l'une relève de l'assurance obligatoire des travailleurs non salariés des professions non agricoles, n'ont pas vocation à être appliquées dès lors que l'intéressé ne relève pas pour son activité libérale de ce régime, mais du régime particulier des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

Seules lui sont donc applicables les dispositions de son régime particulier et en particulier celles de l'article L722-8 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire ainsi institué bénéficient à l'occasion de leurs maternités d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité, et que, lorsqu'elles cessent toute activité professionnelle, les assurées reçoivent également une indemnité journalière forfaitaire.

Ces textes ne comportant aucune disposition particulière applicable aux assurées ayant exercé de manière simultanée une activité salariée, l'intéressé, affilié notamment au régime d'assurance maternité des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, est en droit de prétendre aux prestations prévues

par les dispositions de ce régime, dans la limite des cotisations acquittées et des droits ainsi acquis.

Régimes complémentaires gérés par la CARMF

Application obligatoire aux praticiens non salariés rattachés par ailleurs au régime général

4ème chambre sociale, 10 février 2016, RG/02246

L'exercice d'une activité médicale non salariée étant le fait générateur des cotisations sociales au titre des régimes complémentaires gérés par la CARMF (assurance vieillesse, invalidité - décès, allocations supplémentaires de vieillesse et de remplacement de revenu), un praticien est obligatoirement tenu au versement de ces cotisations dès lors que cette condition est remplie. Il importe peu qu'il soit par ailleurs il soit rattaché au régime général en sa qualité et, concernant son activité distincte, en celle de président de la personne morale au sein de laquelle il exerce son art.

PENSION DE RETRAITE

Durée de constitution du droit à pension

3ème chambre, 23 Septembre 2020, N° RG 15/07836

Les périodes de services accomplies à temps partiel étant, pour l'appréciation de la durée de constitution du droit à pension, comptées pour la totalité de leur durée, c'est à tort que la Carsat a étendu la règle applicable pour le calcul du montant de liquidation de la pension, pour lequel le service à temps partiel est compté pour la fraction de sa durée égale au rapport entre la durée

hebdomadaire du service effectué et les obligations hebdomadaires à temps plein.

Majoration pour l'éducation de trois enfants

3ème chambre, 23 Septembre 2020, N° RG 15/07836

Pour bénéficier de la majoration de la pension de vieillesse de base de 10 % pour trois enfants prévue par les articles L.351-12, L. 342-4 et R 342-2 du code de la sécurité sociale, le demandeur doit justifier que l'enfant du conjoint a été à sa charge pendant 9 ans et s'il l' a élevé pendant six ans avant leur séparation du couple, qu'il a continué pendant au moins trois ans à l'avoir à sa charge, peu important que la résidence de l'enfant soit au domicile de sa mère.

Tel est le cas lorsqu'il résulte des pièces produites qu'il a continué d'assumer une direction tant matérielle que morale à son égard en continuant de l'élever, de suivre sa scolarité et en participant de manière significative à ses frais de scolarité et à ses frais médicaux.

Principe de l'intangibilité de la liquidation de la pension

4ème chambre sociale, 27 septembre 2017 – RG 14 5575

Il résulte des dispositions de l'article R.351-10 du Code de la sécurité sociale définissant le principe de l'intangibilité de la liquidation de la retraite qu'après l'expiration des délais du recours contentieux et hors les cas prévus par la loi ou décision juridictionnelle, les bases de calcul de la pension notifiée à l'assuré ne peuvent plus être modifiées.

Ce principe présentant un caractère impératif, il ne peut être écarté que si l'on rapporte la preuve d'une fraude de l'assuré par l'usage de fausses attestations, en vue de tromper la Carsat, dictées par lui-même en vue d'obtenir le bénéfice d'un départ

anticipé en retraite au titre des carrières longues, cette fraude le privant de pouvoir se prévaloir du caractère définitif de la pension initialement liquidée.

PRIMES D'ADOPTION ET D'ÉDUCATION

Conditions de versement et prescription de l'action

Chambre sociale 4ème B, 4 septembre 2019, RG 18/04471

1.L'article L. 512-4 du code de la sécurité sociale, même s'il prévoit le versement de la prime à l'adoption « à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer », ne permet pas d'ériger en condition d'ouverture des droits l'existence d'une arrivée physique au foyer non antérieure à l'adoption des enfants et d'exclure de ce bénéfice la personne qui vit avec le parent et ses enfants et qui adopte ultérieurement le ou les enfants de ce conjoint, la nouvelle situation juridique d'adoptant ci-dessus caractérisée ouvrant droit au bénéfice de la prestation. Il en est de même pour la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue par l'article L531-4 du code de la sécurité sociale.

2. Aucun texte ne permet d'exclure le cumul du bénéfice par la mère biologique d'une prime à la naissance et du bénéfice par l'adoptant d'une prime d'adoption.

3. Le point de départ de la prescription biennale de l'action de l'allocataire pour le paiement des prestations prévue par l'article L553-1 du code de la sécurité sociale ne peut résider dans l'arrivée physique des enfants au foyer mais se situe à compter de leur adoption.

RÉCUPÉRATION DES PRESTATIONS D'AIDE SOCIALE VERSÉES AUX HANDICAPÉS

Exemption de la personne qui en a assumé la charge effective et constante

Chambre sociale 4ème B, 3 juillet 2019, RG 19/00327

Les dispositions relatives au recours en récupération des prestations d'aide sociale prévues par l'article L344-5 du code de l'action sociale et des familles et versées pour les frais d'hébergement et d'entretien des personnes handicapées ne s'appliquent pas à la personne qui a assumé, de façon effective et constante, la charge du handicapé.

Si des attestations révèlent que le frère et la sœur de l'handicapé l'accueillaient lors de ses sorties d'un établissement spécialisé, lui ont apporté une aide psychologique et morale et ont pu s'occuper de lui, elles ne permettent pas cependant d'établir qu'ils en auraient assumé la charge effective et permanente caractérisée par un engagement d'une durée et d'une intensité suffisante dépassant la simple aide spontanée familiale.