CIV. 2

MW2

COUR DE CASSATION

_____

Arrêt du 19 mars 2026

Rejet

Mme MARTINEL, présidente

Arrêt n° 237 F-B

Pourvoi n° H 23-18.843

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

_____

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

_____

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, DU 19 MARS 2026

La caisse primaire d'assurance maladie du Puy de Dôme, dont le siège est [Adresse 1], a formé le pourvoi n° H 23-18.843 contre l'arrêt rendu le 23 mai 2023 par la cour d'appel de Riom (4e chambre civile (sociale)), dans le litige l'opposant à Mme [I] [K] épouse [Z], domiciliée [Adresse 2], défenderesse à la cassation.

La demanderesse invoque, à l'appui de son pourvoi, deux moyens de cassation.

Le dossier a été communiqué au procureur général.

Sur le rapport de M. Reveneau, conseiller, les observations de la SELAS Froger & Zajdela, avocat de la caisse primaire d'assurance maladie du Puy de Dôme, et l'avis de M. Grignon Dumoulin, avocat général, après débats en l'audience publique du 4 février 2026 où étaient présents Mme Martinel, présidente, M. Reveneau, conseiller rapporteur, Mme Renault-Malignac, conseillère doyenne, et Mme Thomas, greffière de chambre,

la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, composée de la présidente et des conseillers précités, après en avoir délibéré conformément à la loi, a rendu le présent arrêt.

Faits et procédure

1. Selon l'arrêt attaqué (Riom, 23 mai 2023), la caisse primaire d'assurance maladie du Puy de Dôme (la caisse) a notifié, le 22 février 2018, à Mme [K] (l'assurée), un indu d'un certain montant correspondant à des indemnités journalières versées entre le 20 janvier 2015 et le 30 juin 2017.

2. L'assurée a saisi d'un recours une juridiction chargée du contentieux de sécurité sociale.

Examen des moyens

Sur le premier moyen

Enoncé du moyen

3. La caisse fait grief à l'arrêt de dire que seules les indemnités journalières versées à compter du 22 février 2016 peuvent donner lieu à répétition, alors :

« 1°/ que commet une fraude, au sens de l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale, l'assuré qui a exercé, sans autorisation médicale, une activité ayant donné lieu à rémunération pendant une période d'arrêt de travail indemnisée ; qu'en écartant toute fraude de la part de l'assurée, au motif inopérant que l'élément intentionnel de la fraude ne serait pas établi, compte tenu de la transmission régulière de ses déclarations de revenus, quand elle constatait que l'assurée avait poursuivi sans autorisation une activité libérale, nonobstant la perception d'indemnités journalières, la cour d'appel a violé l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale, ensemble l'article L. 323-6 du même code ;

2°/ que commet une fraude, au sens de l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale, l'assuré qui, en toute connaissance de cause, a exercé, sans autorisation médicale, une activité ayant donné lieu à rémunération pendant une période d'arrêt de travail indemnisée ; qu'en écartant toute fraude de la part de l'assurée, au motif inopérant que l'élément intentionnel de la fraude ne serait pas établi, compte tenu de la transmission régulière de ses déclarations de revenus, quand elle constatait que l'assurée avait agi « en toute connaissance de cause », dès lors qu'elle « n'ignorait pas que son arrêt de travail s'opposait, sauf autorisation particulière, à l'exercice d'une activité non salariée de tutrice », la cour d'appel a violé l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale, ensemble l'article L. 323-6 du même code. »

Réponse de la Cour

4. Selon l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, dans ses rédactions successivement applicables au litige, le service de l'indemnité journalière est subordonné notamment à l'obligation pour l'assuré de s'abstenir de toute activité non autorisée. En cas d'inobservation volontaire de cette obligation, le bénéficiaire restitue à la caisse les indemnités versées. En outre, si l'activité a donné lieu à une rémunération, il peut être prononcé une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 114-17-1.

5. Selon l'article L. 332-1 de ce code, l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées se prescrit par deux ans à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

6. Selon le 5° de l'article R. 147-11 du même code, dans sa rédaction applicable au litige, est qualifié de fraude, pour l'application de l'article L. 114-17-1, le fait d'avoir exercé, sans autorisation médicale, une activité ayant donné lieu à rémunération, revenus professionnels ou gains, pendant une période d'arrêt de travail indemnisée au titre des assurances maladie, maternité ou accident du travail et maladie professionnelle.

7. Pour l'application de l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale à l'action en recouvrement des prestations indûment payées exercée par une caisse, ne caractérise pas une fraude le seul fait pour un assuré d'avoir exercé, sans autorisation médicale, une activité ayant donné lieu à rémunération pendant l'arrêt de travail.

8. L'arrêt constate, d'une part, que l'assurée a perçu des indemnités journalières tout en exerçant concomitamment une activité rémunérée de tutrice aux personnes protégées. Il relève que l'accord du médecin conseil à la poursuite de cette activité libérale dont se prévaut l'assurée n'est pas démontré. Il retient, qu'en l'absence d'autorisation, c'est en toute connaissance de cause que l'assurée a poursuivi cette activité nonobstant la perception d'indemnités journalières. Il en déduit que la caisse est fondée à en réclamer le remboursement à l'assurée.

9. Il relève, d'autre part, que l'assurée a très régulièrement procédé à la déclaration auprès de la caisse des ressources issues de cette activité libérale. Il retient que son intention d'obtenir un avantage indu de la part de la caisse est incompatible avec la transmission régulière, sur toutes les périodes d'arrêt de travail, de déclarations de revenus faisant ressortir la continuation concomitante de son activité libérale de tutrice et que, par conséquent, faute d'élément intentionnel, la fraude ne peut être retenue à son encontre.

10. De ces constatations et énonciations, la cour d'appel qui a, par une appréciation souveraine des éléments de preuve produits devant elle, jugé que la fraude n'était pas établie à l'encontre de l'assurée, a exactement déduit que la prescription biennale de l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale était applicable à l'action en remboursement des indemnités journalières que la caisse était fondée à exercer à l'encontre de celle-ci.

11. Le moyen n'est, dès lors, pas fondé.

Sur le second moyen

Enoncé du moyen

12. La caisse fait grief à l'arrêt de la condamner à verser des dommages et intérêts à l'assurée, alors « que la responsabilité délictuelle d'un organisme de sécurité sociale ne peut être engagée que pour faute ; que sauf circonstances exceptionnelles, aucune faute ne saurait résulter du délai mis par un organisme de sécurité sociale pour détecter un indu ; qu'en déduisant une prétendue faute de la caisse de ce qu'elle avait omis de tirer dans un délai raisonnable les conséquences des déclarations de revenus transmises dès le mois de juin 2015 par l'assuré à son service invalidité, sur l'octroi des indemnités journalières, lequel s'est poursuivi jusqu'au 30 juin 2017, la cour d'appel a violé l'article 1382 devenu 1240 du code civil. »

Réponse de la Cour

13. Selon l'article 1382, devenu 1240 du code civil, tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

14. L'arrêt relève que la caisse a omis de tirer dans un délai raisonnable les conséquences de la déclaration régulière par l'assurée de ses ressources issues de son activité libérale, ce qui a eu pour conséquence que le versement d'indemnités journalières indues s'est prolongé. Il retient que la caisse, qui avait connaissance de l'existence de ces revenus dès le mois de juin 2015, a ainsi commis une erreur fautive de gestion, à l'origine d'une importante augmentation du montant de l'indu à recouvrer auprès de l'assurée. Il en déduit que celle-ci est fondée à obtenir la condamnation de la caisse à réparer le préjudice en ayant résulté pour elle.

15. Ayant caractérisé la faute de la caisse, le préjudice subi par l'assurée dont elle a souverainement apprécié le montant, ainsi que le lien de causalité les unissant, la cour d'appel a légalement justifié sa décision.

16. Le moyen n'est dès lors, pas fondé.

PAR CES MOTIFS, la Cour :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne la caisse primaire d'assurance maladie du Puy de Dôme aux dépens ;

En application de l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé publiquement le dix-neuf mars deux mille vingt-six par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du code de procédure civile.