

Cour de cassation

Un protocole MGEN jugé non conforme au Code de la mutualité

CHRONIQUE



Par David Jacotot
Docteur en droit, maître de conférences
à la faculté de droit de Dijon

Parce qu'un patient se voit moins bien remboursé au motif que son praticien est non-adhérent au protocole MGEN, la haute juridiction rappelle que les mutuelles ne peuvent appliquer des différences de remboursement qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

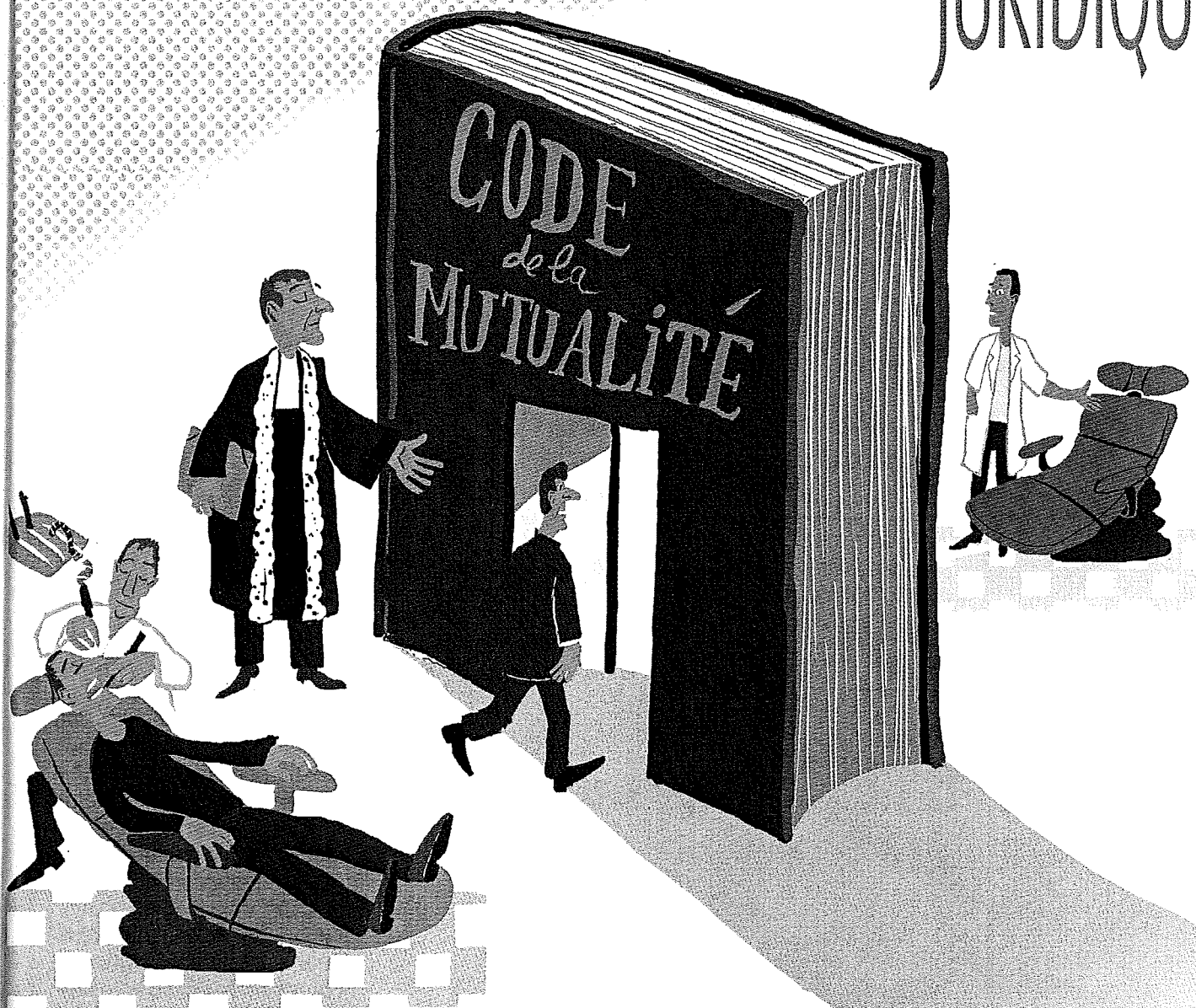
Voilà un arrêt intéressant rendu par la Cour de cassation qui concerne un protocole conclu entre la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) et un syndicat dentaire aux termes duquel, à en croire l'arrêt ici présenté, ont été mis en place « deux systèmes de remboursement, le premier, applicable en présence d'un dentiste conventionné, plus élevé, le second, en cas d'intervention d'un dentiste non conventionné, de moindre remboursement ⁽¹⁾ ».

La décision de justice nous informe également que, selon le protocole, « la prise en charge est de 317,25 euros (par couronne) si les soins ont été prodigués par un dentiste adhérent à la convention MGEN, et de 122 euros si les soins ont été prodigués par un dentiste n'ayant pas adhéré à cette convention ».

Rappelons en quelques mots la situation factuelle. Un patient se rendit chez son chirurgien-dentiste ; ce dernier lui posa « cinq couronnes ». Il sollicita

auprès de la MGEN la prise en charge de son traitement prothétique. Mais parce que le patient s'était adressé pour la réalisation desdits soins à un professionnel de santé « n'ayant pas adhéré au protocole d'accord conclu entre la mutuelle et le syndicat dentaire », il a bénéficié d'un « remboursement inférieur [nous soulignons] à celui applicable aux soins prodigués par les praticiens ayant adhéré au protocole ».

C'est dans ces conditions que le patient a saisi le juge. Il entend obtenir une meilleure prise en charge, plus précisément que la MGEN soit condamnée à lui payer la somme de « 976,25 euros ⁽²⁾ en remboursement du complément de prise en charge qu'il aurait dû recevoir » ⁽³⁾. Pour convaincre le juge de lui allouer ce montant, il invoque l'argument juridique suivant : il soulève la discrimination entre membres de la MGEN selon qu'il choisit un praticien adhérent ou non au protocole. La juridiction de proximité du



15^e arrondissement de Paris, dans son jugement rendu le 19 février 2008, le déboute ⁽⁴⁾ et s'en explique : « La mise en œuvre de deux systèmes de remboursement par la mutuelle n'est nullement discriminatoire dès lors que chacun des deux systèmes peut être librement choisi par le patient. » Et d'ajouter : « Il y a égalité entre tous les adhérents à la mutuelle qui choisissent de s'adresser soit à un dentiste conventionné, soit à un dentiste non conventionné. » Et ce d'autant plus qu'« il y avait 93 praticiens conventionnés dont deux dans la rue où réside le patient ». En bref, il n'y a ni rupture du principe d'égalité, ni discrimination. On ne peut que partager l'ana-

lyse de ce juge eu égard au fondement juridique utilisé. S'agissant de la discrimination, cette qualification ne peut être retenue que si la loi vise un motif, une raison à partir de laquelle l'on ne peut opérer une différence de traitement.

MOTIF DISCRIMINATOIRE ET RUPTURE D'ÉGALITÉ

Par exemple, légalement, on ne peut refuser de soigner un individu (décision qui marque une disparité de traitement) parce qu'il est « CMUiste » (motif interdit par la loi). Or, dans l'affaire objet de cette chronique, aucun texte ne qualifie un tel protocole de motif discriminatoire. Quant à la rupture d'égalité, l'on pouvait également

douter de son existence. Le patient étant libre de choisir son praticien ; il se place lui-même, par sa propre décision, dans cette situation particulière.

Que l'on comprenne bien notre raisonnement, notre réflexion prend pour base le fondement juridique invoqué, et n'a nulle autre prétention. En d'autres termes, pour obtenir satisfaction devant un juge, il faut rechercher le bon texte, l'exacte référence juridique.

La Cour de cassation casse le jugement : la disposition légale adéquate a été soulevée devant elle par les auteurs du pourvoi. Elle vise alors l'article L. 112-1, alinéa 3, du Code de la mutualité. Selon ce texte, « les mutuelles et leurs unions ne peu- ▶▶▶



► vent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'elles servent qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés».

Un raisonnement juridique en trois temps apparaît dans la décision des hauts magistrats. *Primo*, ils constatent une différence dans le niveau des prestations, les tarifs de remboursement pour les adhérents MGEN bénéficiant d'un même acte dentaire étant distincts; chacun d'entre eux n'a donc pas nécessairement les mêmes droits. *Secundo*, ils considèrent, à juste titre, que cette disparité trouve sa source dans le protocole d'accord signé entre la MGEN et le syndicat dentaire. *Tertio*, ils

Si, à la lecture de l'arrêt, on peut constater l'absence de conformité du protocole avec le Code de la mutualité, la Cour de cassation ne le déclare cependant pas nul : telle n'est pas la question qui lui a été posée.

concluent que, puisque la différence de traitement naît du protocole, celle-ci n'est donc fonction ni des cotisations payées, ni de la situation de famille des adhérents. D'où la cassation pour violation de la loi.

En définitive, la haute juridiction applique littéralement la disposition précitée : parce que cet alinéa limite les «différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des [...]», il n'y a pas de place pour d'autres exceptions, pour d'autres situations que celles énumérées dans la loi.

Pour conclure, la Cour de cassation ne déclare pas nul le protocole car telle n'est pas la question qui lui a été posée.

On peut donc, à la lecture de l'arrêt ici commenté, uniquement constater l'absence de conformité du protocole avec le Code de la mutualité. La haute juridiction renvoie au juge de proximité du 14^e arrondissement de Paris le soin de trancher définitivement le litige.

L'ALTERNATIVE DU JUGE DE PROXIMITÉ

Ce dernier, à notre humble avis, sera confronté à cette alternative. Soit il juge que le protocole non conforme à la loi est privé d'effet, et le patient n'obtiendra pas satisfaction : privé d'effet, le protocole ne s'applique plus, et le patient ne peut avoir droit à une prise en charge de 317,25 euros par couronne. Soit il étend la portée du protocole, c'est-à-dire qu'il décide de faire bénéficier tous les patients MGEN de l'avantage du protocole, peu important que le praticien intervenant y ait adhéré ou non.

A priori, en application de l'article 6 du protocole intitulé «Durée et résiliation», le juge pourrait retenir la première branche de l'alternative. Il y est stipulé, en effet, que «le protocole sera résilié de plein droit : si les bases juridiques qui le fondent ou la réglementation Sécurité sociale le rendent caduc; si une juridiction, en dernier ressort, sanctionne les principes de la validité du protocole». Attendons, par prudence (juridique!), le jugement à venir pour en apprécier la solution retenue... ■

(1) Chambre civile 2, 18 mars 2010, n° 09-10.241, à paraître au *Bulletin*.

(2) 317,25 euros (somme normalement à prendre en charge) - 122 euros (somme effectivement prise en charge) x 5 (nombre de couronnes) = 976,25 euros.

(3) A cette somme s'en ajoute une autre : le patient demande 500 euros au titre de l'article 700 du Code de procédure civile.

(4) RG n° 07/000724.