

CIDES

Chorum Initiatives pour le Développement de l'Economie Sociale



Chorum

Protection sociale

service juridique 24/06/09

PROTECTION SOCIALE & COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

*L'ACTUALITE CONVENTIONNELLE
REGLEMENTAIRE ET JURISPRUDENTIELLE*

SOMMAIRE

- I - ACTUALITES CONVENTIONNELLES ET REGLEMENTAIRES

1. L'ANI du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail
 - 1.1 L'article 5 de l'ANI : un accès plus souple aux garanties en cas d'arrêt de travail
 - 1.2 l'article 14 de l'ANI : le concept de portabilité des garanties santé et prévoyance
2. Exonérations sociales de la contribution des employeurs : circulaire DSS/5B 2009-32-du 30 janvier 2009
3. Mise en œuvre de la franchise médicale : circulaire DSS/2A 2008-179 du 5 juin 2008 et circulaire DSS/2A 2009-128-du 11 mai 2009

- II - ACTUALITES JURISPRUDENTIELLES

4. Article 4 de la loi EVIN : maintien à l'identique de la couverture frais de santé en cas de rupture du contrat de travail
5. Devoir d'information et de conseil
6. Maintien des prestations

- I - ACTUALITES CONVENTIONNELLES ET REGLEMENTAIRES

1. L'ANI du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail

L'accord national interprofessionnel (ANI) sur la modernisation du marché du travail du 11 janvier 2008, a été signé le 21 janvier 2008 par quatre des cinq organisations syndicales (CFDT, CFE-CGC, CFTC et FO) et par trois organisations patronales (CGPME, MEDEF et UPA). Il a été étendu par arrêté publié au journal officiel du 25 juillet 2008.

Cet accord prévoit notamment, l'instauration d'une période d'essai interprofessionnelle, un nouveau mode de rupture du CDI dite « conventionnelle », l'expérimentation d'un nouveau CDD pour les cadres et les ingénieurs.

Dans le cadre de la **sécurisation des parcours professionnels**, pour garantir le maintien de l'accès à certains droits liés au contrat de travail, l'accord prévoit la mise en place d'un mécanisme de portabilité notamment sur la prévoyance et le droit individuel à la formation.

La quasi-totalité des dispositions de l'accord renvoie soit aux pouvoirs publics, soit aux négociations interprofessionnelles (assurance chômage, formation professionnelle, etc.), soit aux négociations de branche, à intervenir.

Deux articles de l'accord national interprofessionnel sur la modernisation du marché du travail concernent tout particulièrement les garanties de prévoyance collective : l'article 5 sur "l'accès aux droits" et l'article 14 sur "la portabilité de certains droits".

En matière de protection sociale l'accord modifie les obligations de maintien de salaire (article 5 de l'ANI) et institue la possibilité pour les salariés de conserver certaines garanties de prévoyance et de santé pendant les périodes de chômage (article 14 de l'ANI).

La portée de l'obligation de maintien aux demandeurs d'emploi des garanties santé et prévoyance vient d'être précisée par un avenant n°3 du 18 mai 2009.

Cet avenant, ouvert à la signature des confédérations syndicales de salariés, devrait être ratifié par la majorité d'entre elles. L'entrée en vigueur du dispositif est fixée au 1er juillet 2009.

1.1 L'article 5 de l'ANI : un accès plus souple aux garanties en cas d'arrêt de travail

L'article 5 de l'accord national interprofessionnel vient tout d'abord améliorer les conditions d'accès au complément de salaire versé par l'employeur, prévues jusqu'alors par la loi du 19 janvier 1978 sur la mensualisation.

- La condition d'ancienneté de 3 ans pour bénéficier de l'indemnisation conventionnelle en cas d'arrêt maladie est ramenée à **1 an** ([articles L. 1226-1 et D. 1126-2 du code du travail](#)).
- le délai de carence légal de 11 jours est réduit à **7 jours** ([article D. 1226-3 du code du travail](#)).
- Par ailleurs, il est prévu que toutes les périodes passées dans la même entreprise dans le cadre d'un contrat de travail (C.D.I., C.D.D., contrat d'apprentissage, contrat d'alternance, intérim...) soient prises en compte pour le calcul de l'ancienneté.

Ces nouveaux assouplissements auront vraisemblablement un impact non négligeable sur les conventions collectives nationales de branche ayant déjà mis en place un régime de prévoyance. Les conventions de branche, moins favorables que l'accord national du 11 janvier 2008, devront en effet être adaptées en conséquence.

1.2 l'article 14 de l'ANI : le concept de portabilité des garanties santé et prévoyance

En rappel, l'accord national interprofessionnel (ANI) sur la modernisation du marché du travail du 11 janvier 2008 a instauré, par son article 14, la mise en place d'un mécanisme de portabilité, permettant aux salariés dont le contrat de travail a pris fin et pris en charge par l'assurance chômage, de conserver temporairement le bénéfice des garanties complémentaires santé et prévoyance appliquées chez leur ancien employeur.

▣ **Les conditions initiales de la mise en œuvre de ce droit sont modifiées par l'avenant n°3 du 18 mai 2009 :**

1.2.1 Qui sont les bénéficiaires ?

Sauf en cas de faute lourde, les salariés dont le contrat de travail a été rompu conservent le bénéfice des garanties complémentaires santé et prévoyance appliquées chez leur ancien employeur dans les conditions suivantes :

- la rupture du contrat doit ouvrir droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- les droits à couverture complémentaire doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur,
- pour bénéficier du maintien des garanties, l'ancien salarié doit fournir à son ancien employeur **la justification** de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- le salarié peut **renoncer** au maintien des garanties **en le notifiant expressément par écrit** à l'ancien employeur, **dans les dix jours suivant la cessation du contrat de travail**. La renonciation concerne l'ensemble des garanties (prévoyance et frais de santé) et devient définitive.

Remarques :

En l'absence de précisions dans l'accord ou l'avenant n°3, tous les salariés sous contrat à durée déterminée ou indéterminée pourront prétendre au dispositif.

Sont concernés: tous les modes de rupture du contrat (licenciement, rupture conventionnelle homologuée, démission considérée comme légitime, fin du contrat à durée déterminée ...) ouvrant droit à une indemnisation par l'assurance chômage, sauf le licenciement pour faute lourde.

Sont exclus du dispositif: les salariés des entreprises n'ayant pas mis en place des garanties complémentaires santé et prévoyance, ainsi que les salariés des entreprises ayant mis en place un tel dispositif mais qui auront travaillé pendant une durée trop courte pour ouvrir des droits.

Le bénéfice des garanties: est accordé à l'assuré ainsi qu'aux ayants droits de celui-ci.

1.2.2. Quelle est la durée du maintien des garanties ?

- > Le dispositif de portabilité entre en application **à la date de cessation du contrat de travail**.
- > L'ancien salarié conserve le bénéfice des garanties pendant sa période de chômage et pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail **apprécié en mois entiers, dans la limite de neuf mois**.
- > En cas de cessation du versement des allocations d'assurance chômage intervenant pendant la période de maintien des garanties, l'ancien salarié doit en informer son ancien employeur.

Remarque :

la durée du maintien diffère de celle initialement prévue par l'ANI qui stipulait une durée maximale égale au tiers de la durée du droit à indemnisation avec un minimum de trois mois.

1.2.3 Quelle est la nature et le niveau des garanties ?

- > Sont visées par le dispositif à la fois les régimes de remboursement de frais de santé et les régimes afférents à la prévoyance (risques incapacité, invalidité, décès).
- > Il s'agit d'un maintien à l'identique du niveau des garanties des actifs.
- > L'ancien salarié garde le bénéfice des garanties des couvertures complémentaires santé et prévoyance appliquées chez son dernier employeur sous une seule réserve :

Les droits garantis par le régime de prévoyance, au titre de l'incapacité temporaire, ne pourront conduire le bénéficiaire à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Remarque :

cette notion de plafonnement des garanties perçues au titre de l'incapacité temporaire a été précisée par l'avenant n°3.

1.2.4 Selon quel financement ?

L'avenant n°3 prévoit une option :

- **soit le financement du maintien des garanties est assuré conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié dans les conditions et dans les proportions applicables aux salariés de l'entreprise.**

Le non paiement par l'ancien salarié de sa quote-part du financement des garanties à la date d'échéance des cotisations libère l'ancien employeur de toute obligation et entraîne la perte de ses droits à garantie pour la période restant à courir.

L'employeur dispose de la faculté de prélever la totalité de la quote-part salariale au moment de la rupture du contrat de travail (solde de tout compte).

• **soit le financement du dispositif est assuré par un système de mutualisation** défini par accord collectif.

A défaut d'accord collectif, ce système peut être mis en place dans les autres conditions définies à l'article L911-1 du code de la sécurité sociale (référendum ou décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit et remis à chaque salarié concerné).

1.2.5 L'obligation d'information des salariés par l'employeur

La notice d'information fournie par l'organisme assureur et remise au salarié par l'employeur devra mentionner les conditions d'application de la portabilité.

1.2.6 Quelle articulation entre l'article 14 de l'ANI et l'article 4 de la loi EVIN ?

Aux termes de l'article 4 de la loi EVIN du 31 décembre 1989, dans les régimes collectifs obligatoires garantissant le remboursement des frais maladie, maternité ou accident, le contrat conclu entre l'employeur et l'organisme assureur doit prévoir un dispositif permettant aux anciens salariés privés d'emploi de bénéficier du maintien de la couverture.

Pour bénéficier du dispositif, les intéressés doivent en faire la demande dans un délai de 6 mois qui suit la rupture de leur contrat de travail, les garanties prenant effet le lendemain de cette demande.

Les parties signataires à l'avenant n°3 ont demandé aux pouvoirs publics de faire en sorte que le délai de 6 mois prévu par l'article 4 de la loi EVIN soit reporté à la date à laquelle le maintien des garanties prévu par l'avenant n°3 prend fin, dans le cas où ce maintien est d'une durée supérieure à 6 mois. L'objet est d'éviter que les anciens salariés, dont les garanties santé et prévoyance sont maintenues plus de 6 mois, soient contraints de payer deux couvertures santé pendant la même période.

1.2.7 Le report de l'entrée en vigueur de l'article 14 au 1er juillet 2009

Initialement prévue au 20 janvier 2009, l'entrée en vigueur de l'article 14 de l'ANI a été reportée au plus tard au 1er mai 2009 par un avenant du 12 janvier 2009, étendu par arrêté publié au journal officiel du 20 mars 2009. Il a été à nouveau reporté au **1er juillet 2009 par un avenant du 24 avril 2009, non encore étendu à ce jour.**

1.2.8 Quels sont les employeurs concernés ?

> **L'ANI du 11 janvier 2008, étendu** par arrêté du 23 juillet 2008, publié au journal officiel du 25 juillet, s'applique à toutes les entreprises des branches d'activités représentées par le MEDEF, la CGPME ou l'UPA. Le MEDEF et la CGPME couvrent les secteurs de l'industrie du commerce et des services. L'UPA couvre le secteur de l'artisanat.

> L'avenant n°3 à l'ANI qui modifie l'article 14 de l'ANI relatif à l'obligation du maintien des garanties entre en vigueur le **1er juillet 2009 pour les seules entreprises adhérentes au MEDEF, à la CGPME ou à l'UPA et ayant mis en place des couvertures complémentaires santé et prévoyance.**

> Les structures relevant de l'économie sociale (associations, mutuelles, coopératives, fondations...) ne font pas partie des branches d'activités composantes du secteur professionnel marchand et sont exclues du champ d'application de l'ANI. Il conviendra d'attendre la publication d'un arrêté d'élargissement pour que l'ANI du 11 janvier 2008 et son avenant n°3 leur soient applicables.

2. Exonérations sociales de la contribution des employeurs : circulaire DSS/5B 2009-32-du 30 janvier 2009

Une circulaire n°DSS/5B/2009/32, du 30 janvier 2009 précise les modalités d'assujettissement aux cotisations de sécurité sociale des contributions des employeurs au financement de garanties de prévoyance et aux dispositifs de retraite supplémentaire.

Ce texte clarifie les points majeurs sur lesquels des questions subsistaient et assouplit certaines dispositions, facilitant ainsi leur application au 1er janvier 2009.

Cette circulaire constitue une refonte des deux circulaires précédentes abrogées: celles du 25 août 2005 et du 21 juillet 2006.

2.1 Les plafonds d'exonération en matière de prévoyance complémentaire

Les contributions des employeurs sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale propre à chaque salarié pour une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de :

- **6% du montant annuel du plafond de la sécurité sociale (2058€ en 2009)**

et

- **1,5% de la rémunération annuelle soumise à cotisations de sécurité sociale**

Le total ainsi obtenu ne pouvant excéder 12% du montant annuel du plafond de la sécurité sociale (4117€ en 2009)

2.2 Les conditions d'exonération

> L'exonération sociale de la contribution de l'employeur concerne les régimes mis en place, selon les dispositions de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale :

- par voie de convention ou d'accord collectif,
- par ratification à la majorité des salariés intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise,
- par décision unilatérale du chef d'entreprise.

> Le régime doit également être collectif et obligatoire.

> Les garanties doivent s'appliquer de manière générale et impersonnelle et doivent bénéficier à l'ensemble des salariés ou à une ou plusieurs catégories objectives de salariés. Elles ne peuvent exclure des salariés selon des critères relatifs à la durée du travail, à la nature du contrat de travail, à l'âge

ou à l'ancienneté.

- > Le régime doit comporter une participation effective et uniforme de l'employeur.
- > Les prestations doivent être versées par un organisme habilité (assurance, institution de prévoyance, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité)
- > Les contributions patronales ne doivent pas venir en substitution à un élément de rémunération supprimé.

ANI du 11 janvier 2008

La circulaire a intégré les dispositions de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du droit du travail relatives au maintien de la couverture des anciens salariés - allocataires de l'assurance chômage - qui le souhaitent. Dans ce cas, les contributions que l'employeur continue à verser à ce titre sont exonérées de cotisations sociales.

Accords d'entreprise et accords d'établissement

Dans le cas d'un accord d'entreprise, la circulaire impose qu'aucun établissement ne puisse être exclu du bénéfice du régime.

Le cas des doubles couvertures

- > La circulaire donne la possibilité de prévoir, lors de la mise en place d'une complémentaire santé, l'option de ne pas adhérer pour les salariés déjà couverts à titre obligatoire par la garantie de leur conjoint. Le salarié doit alors justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie et confirmer son choix, sachant qu'il peut réintégrer le contrat collectif de l'entreprise. Les salariés embauchés après la mise en place de l'accord sont, quant à eux, tenus de cotiser.
- > De même, les salariés couverts par un contrat de complémentaire santé individuel au moment de l'entrée en vigueur d'un régime obligatoire peuvent être dispensés d'adhérer jusqu'à la prochaine date d'échéance de leur contrat individuel. Ils seront par la suite tenus de cotiser dans le cadre du régime obligatoire.
- > Le texte reconnaît aussi la possibilité pour le salarié de demander que son conjoint et/ou ses enfants ne bénéficient pas de la couverture santé obligatoire de son entreprise, en tant qu'ayants droit, dès lors que ceux-ci sont eux-mêmes couverts à titre obligatoire par l'entreprise du conjoint ou par un dispositif prévu dans le cadre de la fonction publique. Le salarié doit justifier chaque année auprès de son entreprise de la couverture obligatoire dont son conjoint et/ou ses enfants bénéficient. Cette disposition s'applique également aux couples travaillant dans la même entreprise.
- > La circulaire tient également compte de la situation des salariés ayant plusieurs employeurs : un salarié bénéficiant d'une couverture obligatoire en prévoyance complémentaire et retraite supplémentaire dans le cadre d'un autre emploi n'est pas tenu de cotiser s'il peut justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie par ailleurs

Une dispense de cotisation pour certains salariés

- > Les salariés en CDD et les travailleurs saisonniers peuvent ne pas cotiser au régime obligatoire de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire si la durée de leur contrat de travail est inférieure à 12 mois.
- > Si la durée du contrat est de plus de 12 mois, les salariés couverts à titre obligatoire par ailleurs peuvent également demander à ne pas cotiser.
- > La circulaire étend également cette possibilité de ne pas cotiser aux salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) et aux apprentis, dès lors que leur cotisation est au moins égale à 10% de leur rémunération.
- > Toutefois, l'employeur peut également prendre en charge l'intégralité de la cotisation de ces catégories de personnel sans remise en cause de l'exonération du régime.

Prestations de dépendance

Les garanties de dépendance peuvent désormais être intégrées aux garanties de prévoyance.

Date d'entrée en application

Les entreprises disposent de l'année 2009 pour adapter leurs garanties aux nouvelles dispositions introduites par la présente circulaire.

3. Mise en œuvre de la franchise médicale : circulaire DSS/2A 2008-179 du 5 juin 2008 et circulaire DSS/2A 2009-128-du 11 mai 2009

L'article 20-1 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a instauré, à compter du 1er janvier 2005, une participation forfaitaire de 1€ à la charge de l'assuré pour certains actes et consultations.

L'article 52-1 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité pour 2008 a, par ailleurs, instauré à compter du 1er janvier 2008 une franchise médicale annuelle sur certaines prestations et produits de santé.

Ces sommes sont déduites par l'organisme de sécurité sociale sur le remboursement des actes, consultations ou produits de santé concernés.

3.1 La circulaire DSS/2A/2008/179 du 5 juin 2008 a précisé les modalités de mise en œuvre de la franchise annuelle

En rappel, la franchise à la charge de l'assuré concerne les médicaments, les actes médicaux et les transports sanitaires.

Le montant de cette franchise s'élève à :

- 0,5 Euro sur les médicaments,
- 0,5 Euro par actes effectués par un auxiliaire médical, à l'exclusion de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
- 2 Euros par transport sanitaire, à l'exception des transports d'urgence.

Le plafond de ces franchises est de :

- 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernées,
- 2 € par jour sur les actes paramédicaux,
- 4 € par jour pour les transports sanitaires.

La franchise n'est pas applicable :

- aux enfants et jeunes de moins de 18 ans,
- aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire,
- aux femmes enceintes à partir du 1er jour du 6e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

La circulaire rappelle que pour assurer le suivi et la lisibilité de l'ensemble du dispositif, les organismes d'assurance maladie des différents régimes de sécurité sociale sont tenus d'informer tout assuré social lors de chaque décompte de remboursement sur les montants retenus au titre de la franchise et lorsque le plafond annuel de 50 € est atteint.

3.2 La circulaire DSS/2A 2009-128 du 11 mai 2009 aménage le mode de récupération des franchises médicales

Selon la circulaire, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, les sommes concernées peuvent être versées directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérées par cette dernière sur les prestations à venir.

- II - ACTUALITES JURISPRUDENTIELLES

4. Article 4 de la loi EVIN : maintien à l'identique de la couverture frais de santé en cas de rupture du contrat de travail

AZOULAY C/ MICILS

Cour de Cassation 2ème chambre civile 7 février 2008

Cour d'appel de renvoi 4ème chambre civile 13 janvier 2009

L'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi EVIN organise pour les anciens salariés le maintien de la couverture frais de santé.

Un important arrêt de renvoi en date du 13 janvier 2009 vient d'être rendu par la Cour d'Appel de LYON dans une affaire sur laquelle la Cour de Cassation avait statué le 7 février 2008.

Par cet arrêt la Cour d'Appel précise la position prise par la Cour de Cassation dans une interprétation stricte de l'article 4 de la loi EVIN :

- > lorsque des salariés sont garantis collectivement par leur employeur, en vue d'obtenir le remboursement de leurs frais de santé, l'article 4 de la loi EVIN n°89-1009 du 31 décembre 1989 impose à l'assureur « le maintien **à l'identique** de cette couverture » au profit des anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu dans certaines conditions (retraités, chômeurs et invalides) ou les ayants droits d'un salarié décédé qui en font la demande.
- > L'organisme assureur ne peut pas se borner à proposer à un salarié licencié des garanties très proches ou similaires de celles dont il bénéficiait lorsqu'il était actif mais doit maintenir les anciennes garanties **à l'identique** quand il était dans l'entreprise. Tout aménagement contractuel des garanties est dans ces conditions exclu.
- > L'organisme assureur va devoir offrir aux anciens salariés éligibles à l'article 4 de la loi EVIN, une garantie identique à celle du contrat collectif en vigueur dans l'entreprise, **sans condition de durée et pour un tarif qui ne peut être supérieur de plus de 50% au tarif global du contrat collectif.**
- > Les employeurs doivent vérifier que leur contrat d'assurance comporte des dispositions conformes sous peine de voir leur responsabilité engagée.

5. Devoir d'information et de conseil

Société EYDOUX MODELSKI c/ Me X
Cour de Cassation Chambre Sociale 16 avril 2008

La Cour de Cassation rappelle dans une affaire opposant une ancienne salariée à son ancien employeur que :

- > **L'article 4 de la loi EVIN prévoit le maintien de la couverture de l'organisme de prévoyance non seulement au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, mais aussi des anciens salariés privés d'emploi bénéficiant d'un revenu de remplacement.**
- > **Le souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe** a le devoir de faire connaître de façon précise à l'adhérent à ce contrat les droits et obligations qui sont les siens. Il **est débiteur envers celui-ci d'un devoir d'information et de conseil.**
- > **L'employeur est ainsi responsable des conséquences qui s'attachent à une information incomplète ayant induit l'assuré en erreur sur la nature, l'étendue ou le point de départ de ses droits.**
- > L'employeur est sanctionné faute de s'être assuré de l'existence d'une clause prévoyant les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient sa couverture au profit de plusieurs catégories d'anciens salariés.

6. Maintien des prestations

Sté CAPAVES PREVOYANCE c/ BELALA
STE QUATREM ASURANCES c/ PARADES
Cour de Cassation 2ème chambre civile 17 avril 2008

- > Selon la Cour de Cassation, sur la base de l'article L911-12 du code de la sécurité sociale lorsque des salariés sont garantis collectivement contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, le risque décès ou les risques d'incapacité ou d'invalidité, **la cessation de la relation de travail** est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées acquises ou nées durant cette relation.
- > Les salariés couverts par un régime de prévoyance bénéficient après **la rupture du contrat** des prestations immédiates ou différées acquises ou nées pendant l'exécution du contrat.
- > La Cour de Cassation recherche le fait générateur ouvrant droit au bénéfice des prestations complémentaires :
 - Dans la première affaire une salariée licenciée demandait à la société d'assurance le maintien des prestations au titre de l'incapacité temporaire de travail ; La société d'assurance refusait au motif que le fait générateur de l'incapacité était survenu après la période qui était garantie par le contrat de prévoyance.

La Cour considère que c'est l'avis médical d'arrêt de travail qui constitue l'évènement ouvrant droit au bénéfice des prestations complémentaires. Le complément aux indemnités journalières de sécurité

sociale constitue dès lors une prestation née pendant l'exécution du contrat de travail.

- Dans la seconde affaire, une salariée est victime d'un accident du travail, avec première consolidation et attribution d'une rente d'accident du travail puis après son licenciement elle est victime de rechutes avec nouvelle consolidation et aggravation du taux d'incapacité.

Selon la Cour, le nouveau taux pouvait être une conséquence de l'accident de travail initial de sorte que la prestation résultant du nouveau taux pouvait constituer une prestation différée relevant de l'exécution du contrat à adhésion obligatoire.