



RAPPORT DE Mme LERBRET, CONSEILLÈRE RÉFÉRENDAIRE

Arrêt n° 544 du 5 juin 2025 (FS-B+R) – Deuxième chambre civile

Pourvoi n° 22-22.834

**Décision attaquée : 13 septembre 2022 du tribunal judiciaire de
Paris**

**la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de [Localité
3]**

C/

Mme [H] [Z] [V]

**Rapport comprenant une proposition de rejet non spécialement motivé de la
première branche du moyen (article 1014 cpc)**

1 - Rappel des faits et de la procédure

La caisse primaire d'assurance maladie de [Localité 3] (la caisse) a notifié à Mme [V] (l'assurée) un indu de 1 974,52 euros au titre d'un indu d'indemnités journalières versées du 6 juillet au 12 septembre 2019 en raison d'un séjour temporaire non autorisé en Tunisie.

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

Par jugement du 13 septembre 2022, le tribunal judiciaire de Paris a accueilli le recours de l'assurée, annulé la contrainte décernée par la caisse et condamné cette dernière aux dépens.

2 - Analyse succincte du moyen

Dans un moyen unique articulé en deux branches, la caisse fait grief au jugement d'annuler la contrainte, alors que :

« 1°/ que durant l'arrêt de travail, l'assuré ne peut quitter la circonscription de la caisse

sans autorisation préalable de celle-ci ; qu'en jugeant que les « circonstances de l'espèce » permettaient de considérer que le médecin conseil de la caisse avait effectivement donné son accord au départ de l'assurée sans s'expliquer sur « ces circonstances » ni indiquer et encore moins analyser, fût ce sommairement, les éléments de preuve sur lesquels il se fondait pour déduire l'existence d'un accord expressément contesté par la caisse, le tribunal a privé sa décision de base légale au regard des articles L. 323-6 du code de la sécurité sociale en sa rédaction applicable au litige, 37 du règlement intérieur modèle des caisses primaires d'assurance maladie annexé à l'arrêté du 19 juin 1947 modifié, L. 160-7 du code de la sécurité sociale et 7 de la Convention générale du 26 juin 2003 sur la sécurité sociale entre le gouvernement de la République française et le gouvernement de la République tunisienne modifiée par avenant du 4 décembre 2003,

2°/ que durant l'arrêt de travail, l'assuré ne peut quitter la circonscription de la caisse sans autorisation préalable de celle-ci ; qu'en affirmant que rien ne s'opposait à cet accord dès lors que le traitement de l'assurée consistait en un port de ceinture de contention, ce traitement ne nécessitant aucun contrôle, le tribunal, qui n'a pas constaté l'accord formel de la caisse au départ de l'assurée, a violé les articles L. 323-6 du code de la sécurité sociale en sa rédaction applicable au litige, 37 du règlement intérieur modèle des caisses primaires d'assurance maladie annexé à l'arrêté du 19 juin 1947 modifié, L. 160-7 du code de la sécurité sociale et 7 de la Convention générale du 26 juin 2003 sur la sécurité sociale entre le gouvernement de la République française et le gouvernement de la République tunisienne modifiée par avenant du 4 décembre 2003. »

3- Sur la première branche du moyen : proposition de rejet non spécialement motivé

La première branche du moyen invoque un défaut de base légale au regard des articles L. 323-6 du code de la sécurité sociale, 37 du règlement intérieur annexé à l'arrêté du 19 juin 1947, L. 160-7 du code de la sécurité sociale et 7 de la Convention du 26 juin 2003, aux motifs que le tribunal a jugé que les circonstances de l'espèce permettaient de considérer que le médecin conseil de la caisse avait donné son accord au départ de l'assurée sans s'expliquer sur ces circonstances, ni indiquer et

analyser, fût ce sommairement, les éléments de preuve sur lesquels il se fondait pour déduire l'existence d'un accord expressément contesté par la caisse.

Selon l'article 455 du code de procédure civile, le jugement doit être motivé.

En application de ces dispositions, le juge ne peut se livrer à une appréciation d'ordre général relative à tel ou tel type de situation et trancher, sans examen des données propres du litige (**3^e Civ., 24 novembre 1999, n° 97-10.301**).

Au cas d'espèce, le jugement retient que les circonstances de l'espèce permettent de considérer que le médecin conseil de la caisse a effectivement donné son accord au départ de l'assurée en Tunisie. Il relève, en effet, que son médecin traitant a donné son accord sans réserves, selon certificat du 19 juin 2019, et ajoute que rien ne s'opposait à l'accord du médecin conseil dès lors que le traitement de l'assurée consistait, jusqu'à son très prochain départ en retraite pour inaptitude, en un port de ceinture de contention, traitement qui ne nécessite aucun contrôle.

Ce faisant, le tribunal ne s'est pas borné à une appréciation générale du litige mais a examiné les circonstances particulières de l'espèce pour statuer comme il l'a fait.

Le grief n'est, dès lors, pas fondé.

Il est, ainsi, proposé un rejet non spécialement motivé de ce grief.

4 - Identification du ou des points de droit faisant difficulté à juger

Le versement des indemnités journalières pendant un séjour temporaire en Tunisie est-il conditionné à une autorisation préalable de la caisse ? Sur quels fondements textuels ?

5 - Discussion citant les références de jurisprudence et de doctrine

A - Cadre juridique

Dans le cadre de ses conclusions, la caisse fondait son argumentation sur les dispositions de l'article 37 de l'arrêté du 19 juin 1947 fixant le règlement intérieur modèle provisoire des caisses primaires d'assurance maladie pour le service des prestations, de l'article L. 160-7 du code de la sécurité sociale et de l'article 7 de la convention du 26 juin 2003 conclue entre la France et la Tunisie sur la sécurité sociale.

Le tribunal, dans son jugement, n'a pas précisé le texte qu'il a entendu appliquer.

A hauteur de cassation, la caisse vise les mêmes textes que ceux mentionnés dans ses conclusions et y ajoute l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

Ces dispositions sont relatives à deux types de règles, relatives :

- au principe de territorialité,
- aux obligations mises à la charge des assurés bénéficiaires d'indemnités journalières.

Comment s'articulent ces textes ? Selon quel raisonnement ?

5-1- Sur l'extranéité du litige et la convention internationale

Le litige concerne le séjour d'une assurée en Tunisie pendant son arrêt de travail. Il comporte ainsi un élément d'extranéité que le juge se doit d'examiner au préalable (**2^e Civ. 4 février 2010, n°08-21.364**), dès lors que, dans la hiérarchie des textes, le droit international prime le droit national.¹

La Cour de cassation a d'ailleurs déjà eu l'occasion de rappeler le caractère impératif de la précédente convention franco-tunisienne sur la sécurité sociale du 17 décembre 1965 (**Soc., 5 janvier 1973, n°71-12.201**). Depuis, la France a signé avec ce pays une nouvelle convention le 26 juin 2003.

Son **article 7**, en particulier, dont se prévaut la caisse, énonce :

« Le travailleur tunisien en France ou français en Tunisie, qui satisfait aux conditions requises par la législation de son État d'affiliation pour avoir droit aux prestations en nature ou en espèces de l'assurance maladie, conserve ce bénéfice pendant une durée qui ne peut excéder trois mois, lorsqu'il transfère sa résidence respectivement en Tunisie ou en France, à condition que, préalablement au transfert, il ait obtenu l'autorisation de son institution d'affiliation. »

Ces dispositions, qui envisagent le transfert de résidence du travailleur en cas de maladie, sont-elles applicables au présent litige ?

¹ Jean-Philippe Lhernould, J.-Cl., Droit international, fasc. 576, §1, avril 2020, « À côté de cet engagement multilatéral dont les mécanismes s'imposent aux États, la France est liée à près de 40 pays non européens par des conventions bilatérales de sécurité sociale. Ces instruments organisent, selon des modalités diverses, les règles de détermination de la loi nationale de sécurité sociale applicable ; ils garantissent l'égalité de traitement entre nationaux et étrangers, le versement des prestations hors des frontières de l'État débiteur (...).

Confrontée à des situations internationales, la réglementation interne française est donc soumise à de fortes contraintes. Les marges de manoeuvre sont étroites. Les règles françaises unilatérales s'insèrent pour l'essentiel dans les interstices laissés libres par les normes internationales et européennes ainsi que par les conventions bilatérales. Leur objet n'est pas de régler des conflits de lois, mais de déterminer dans quelle mesure la loi française gouverne des situations de caractère international. »

A première vue, deux séries d'observations peuvent être formulées dès lors que le texte envisage :

a- la situation du travailleur tunisien en France ou du travailleur français en Tunisie.

b- le transfert de résidence et non l'hypothèse du séjour temporaire.

a- sur la première observation, il n'a pas été identifié de précédent rendu par la Cour de cassation se prononçant sur cette question, la précédente convention franco-tunisienne ayant été appliquée pour des travailleurs tunisiens (**Soc., 26 février 1998, n° 96-15.388**, publié ; **Soc. 8 novembre 1990, n° 88-17.756** ², pour une application en particulier de son article 9, correspondant à l'article 7 de la convention de 2003 ; par ailleurs : **2^e Civ., 4 juillet 2007, n°06-15.344**, pour une fausse application de la convention franco-marocaine à un marocain) .

En revanche, il peut être rappelé que l'objectif des conventions bilatérales est d'éviter qu'un travailleur expatrié soit assujetti simultanément aux législations nationales de sécurité sociale de l'État d'expatriation et de la France ou, à l'inverse, à aucune d'entre elles (Lamy, Liaisons sociales - Les Thématiques, N° 10, 1^{er} décembre 2015). ³

² **Soc. 8 novembre 1990, n° 88-17.756** : En application de l'article 9 de la Convention franco-tunisienne de sécurité sociale un ressortissant tunisien travaillant en France qui se rend en Tunisie ne conserve ses droits aux prestations de l'assurance maladie que s'il a préalablement obtenu de la Caisse l'autorisation de transférer provisoirement sa résidence. L'article 12 de l'arrangement administratif annexé à ladite Convention prévoit cependant la possibilité d'une régularisation postérieure au transfert quand l'accord n'a pu être obtenu préalablement pour une raison de force majeure. Par suite, **le travailleur tunisien** qui, prévenu un samedi du grave état de santé de sa femme, est parti sans avoir pu obtenir sur-le-champ l'autorisation de la Caisse, n'en aurait pas moins dû, pour conserver ses droits, obtenir l'accord de l'organisme social postérieurement à son arrivée sur le territoire tunisien.

³ Lamy, Liaisons sociales - Les Thématiques, N° 10, 1^{er} décembre 2015 :

« *Exportation des prestations*

Le versement des prestations hors de l'État débiteur est l'un des attraits des conventions bilatérales de sécurité sociale. La levée des clauses de résidence est un principe commun à l'ensemble des conventions bilatérales, du moins pour les prestations à long terme telles que les pensions de vieillesse et d'invalidité.

Quelques conventions bilatérales (par exemple, celle conclue avec le Maroc) prévoient le maintien des droits en cas de transfert de résidence de l'un des États signataires vers l'autre. L'hypothèse concerne le salarié expatrié qui, malade dans le pays d'expatriation, souhaite transférer sa résidence en France afin d'y être soigné. Cette faculté peut s'étendre au risque maternité.

Mais, dans la plupart des conventions, l'institution du pays d'expatriation doit donner son accord au transfert. Dans la mesure où le pays d'expatriation reste débiteur des prestations lors du transfert de la résidence en France, il sera difficile en pratique d'obtenir cet accord. En outre, le transfert, en tout état de cause, sera limité à quelques mois au plus, une extension étant possible pour des maladies d'une exceptionnelle gravité. »

Dans la [circulaire DSS/DACI n°2007-277 du 11 juillet 2007](#) relative à l'entrée en vigueur de la nouvelle convention franco-tunisienne du 26 juin 2003, il est indiqué que le précédent dispositif conventionnel de coordination des régimes français et tunisiens de sécurité sociale, prévu par la convention du 17 décembre 1965, visait principalement la main-d'oeuvre tunisienne venant travailler en France et laissant en général conjoints et enfants en Tunisie.

Au cas d'espèce, il peut être signalé que l'assurée possédait la double nationalité française et tunisienne. Cependant, l'article 5 de la convention précise que « *Les personnes possédant la double nationalité française et tunisienne sont considérées comme ayant la nationalité de l'État dans lequel elles exercent cette activité professionnelle* ».

En outre, la Cour de cassation juge que tout binational est considéré en France comme jouissant de la seule nationalité française et se trouve dès lors exclu du champ d'application des conventions bilatérales en matière de sécurité sociale (**2^e Civ., 25 avril 2013, n°12-11.830**, pour une application de la convention franco-algérienne, rédigée de manière similaire à la convention franco-tunisienne).

b- sur la notion de séjour :

La convention elle-même distingue la notion de résidence, définie comme « *le séjour habituel d'une personne qui demeure plus de six mois sur un des territoires et qui y a le centre de ses intérêts* » de celle de séjour.

Or, il est de principe que la convention, qui déroge au principe de territorialité, doit faire l'objet d'une interprétation stricte (**Soc., 18 juillet 1997, n°96-17.093**, publié).

Un auteur⁴ explique ainsi :

« *Depuis longtemps la Cour de cassation rappelle que les lois de sécurité sociale ont un caractère d'ordre public et de territorialité qui ne leur permet pas – à moins de conventions diplomatiques spéciales – de recevoir application hors du territoire national. Plus encore, **les dispositions d'une convention bilatérale dérogeant au principe de territorialité sont d'interprétation stricte.*** »

Ceci étant, la circulaire d'application de la convention, précédemment citée, semble envisager la notion de séjour.⁵ Et un auteur⁶ indique également, de manière

⁴ Dominique Asquinazi-Bailleux, « Quid des indemnités journalières pendant un séjour à l'étranger ? », La Semaine Juridique Social n° 24, 14 Juin 2011, 1290.

⁵ Elle précise ainsi : « *1. Pour bénéficier des prestations en espèces prévues aux articles 7, 9 et 10 de la convention, il appartient à l'assuré de transmettre directement à l'institution compétente un certificat d'arrêt de travail ou de prolongation d'arrêt de travail, établi sur un « rapport médical simplifié » (formulaire SE 351-20) dûment complété par le médecin traitant et comportant impérativement le diagnostic. Ce rapport médical simplifié vierge est*

générale, s'agissant des conventions bilatérales : « **La notion de transfert de résidence revêt une certaine ambiguïté. L'expression utilisée suggère un changement de résidence c'est-à-dire une situation sur le long terme. En réalité, si l'on procède à l'analyse du dispositif, on peut observer qu'il est susceptible de s'appliquer aussi bien à une situation de déplacement temporaire qu'à une situation de départ.** La constante est qu'il doit s'agir d'un déplacement au cours d'une période pendant laquelle la personne assurée, et plus rarement l'ayant droit, sont indemnisés au titre de la maladie ou éventuellement de la maternité. ». Il ajoute : « Le déplacement en cours d'indemnisation est systématiquement soumis à autorisation préalable. Certains textes, admettent toutefois que, si pour un motif légitime l'autorisation n'a pas pu être obtenue avant le départ, elle pourra être sollicitée après le transfert de résidence. »

Pour conclure, si l'article 7 de la convention est applicable, il est certain qu'une autorisation de la caisse était nécessaire pour permettre le versement des indemnités journalières (**Soc., 6 octobre 1971, n° 70-11.904**, publié, s'agissant de soins reçus en Tunisie).

Si l'article 7 ne s'applique pas, aucune autre disposition de la convention ne peut être mobilisée. Il est alors nécessaire de se reporter sur les dispositions du code de la sécurité sociale (**2^e Civ., 16 décembre 2011, n°10-26.290**). Mais lesquelles ?

5-2- Sur le principe de territorialité inclus dans les dispositions générales du code de la sécurité sociale

1- La caisse invoque les dispositions de l'article L. 160-7 du code de la sécurité sociale, qui constitue, selon notre chambre, une application aux assurances maladie et maternité du principe de territorialité de la législation de sécurité sociale (**2^e Civ., 25 avril 2007, n° 06-13.096**).

Cet article, dans sa rédaction issue de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015, énonce :

*« Sous réserve des conventions internationales et règlements européens et de l'article L. 766-1, **lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et aux personnes mentionnées à l'article L. 160-2, les prestations en cas de maladie et maternité ne sont pas servies.** »*

remis à l'assuré avec l'attestation de droit (formulaire SE 351-03 et SE 351-04) avant son départ. Le cas échéant, il peut être demandé à l'institution du lieu de séjour ou de résidence. (...)

3. L'institution compétente avisée d'un arrêt de travail peut, à tout moment, et plus particulièrement en cas de prolongation d'un arrêt de travail antérieur, solliciter de l'institution du lieu de séjour ou de résidence un contrôle médical dont les résultats lui sont communiqués dans les meilleurs délais. »

⁶ Françoise Roger, J.-Cl., Protection sociale, Fasc. 211, § 73, mars 2022,

Au visa de ce texte, considérant que cette disposition ne fait pas de distinction entre les prestations en nature et les prestations en espèces, la Cour de cassation juge, de manière constante, que les prestations des assurances maladie et maternité ne sont pas servies, sous réserve des conventions et règlements internationaux, lorsque l'assuré séjourne hors de France (pour des indemnités journalières de maladie : **2^e Civ., 28 novembre 2019, n°18-23.013** ; et pour des indemnités journalières de maternité : **2^e Civ., 12 juillet 2018, n°17-23.278** ; **2^e Civ., 31 mars 2016, n°15-14.563** ; **2^e Civ., 15 décembre 2016, n°15-27.878** ; **2^e Civ., 10 avril 2008, n° 07-12.982**, publié).

Dans certains arrêts, il est fait référence à la nécessité d'un accord préalable de la caisse pour le maintien des indemnités journalières en cas de séjour à l'étranger (**2^e Civ., 4 mai 2017, n°16-10.296** pour des indemnités journalières de maladie ; **2^e Civ., 25 avril 2007, n°06-13.096**, pour un refus de la caisse suite à une demande d'autorisation préalable de l'assuré).

2- Plusieurs remarques peuvent être faites :

- le texte parle de « soins dispensés », notion qui concerne a priori la prise en charge des frais de santé. Or, la jurisprudence précédemment rappelée a été initialement rendue au visa de l'article L 332-3 du code de la sécurité sociale, qui était intégré dans un chapitre relatif aux dispositions communes entre l'assurance maladie et la maternité. Cependant, depuis la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015, qui a notamment créé, la PUMA, le texte a été transféré dans le chapitre intitulé « Frais de santé », notion qui, aux termes des travaux parlementaires, ne concerneraient que les prestations en nature et non en espèces.⁷

- S'agissant du texte réglementaire, la Cour de cassation a pu préciser que « les mesures dérogatoires prévues à l'article R. 332-2 du code de la sécurité sociale ne concernent que les prestations en nature de l'assurance maternité » (**2^e Civ., 17 février 2011, n°10-13.535**). Ainsi, selon un auteur⁸, « *On peut dès lors se demander s'il est logique de ne pas distinguer, sur le fondement du texte législatif, les prestations en nature et en espèces et de les dissocier sur le fondement de « la lettre » du décret. Si on peut comprendre que les prestations en espèces soient*

⁷ [Rapport n°134\(2015-2016\) ,tome II, déposé le 4 novembre 2015, projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.](#)

« *Concrètement, le droit à la prise en charge des frais de santé au travers des prestations en nature de l'assurance maladie sera garanti à toute personne majeure résidant durablement et légalement en France, et ce sans condition supplémentaire. Le droit aux prestations en espèces, c'est-à-dire aux indemnités journalières, restera en revanche régi par les règles propres à chaque régime.* »

⁸ Dominique Asquinazi-Bailleux, « Quid des indemnités journalières pendant un séjour à l'étranger ? », La Semaine Juridique Social n° 24, 14 Juin 2011, 1290.

refusées à l'assuré qui envisage d'effectuer sa convalescence à l'étranger, la solution est plus discutable lorsque l'arrêt de travail est consécutif à une maladie inopinée ou à un accident survenu à l'étranger. »

3- Mais plus généralement, d'autres dispositions du code de la sécurité sociale, relatives au principe de territorialité, peuvent-elles être applicables ? Que recouvre le principe de territorialité ?

La notion de territorialité est essentiellement explicitée par la doctrine.

Ainsi, selon un auteur⁹, « **Dans le contexte du droit de la protection sociale, la territorialité est une notion polymorphe**, parfois attachée à la résidence sur le territoire national, parfois à l'exercice d'une activité professionnelle en France, parfois à la survenance du risque en France. Ces approches variables dépendent de la nature de l'enjeu. La territorialité est en effet appréhendée différemment selon qu'il s'agit de déterminer l'assujettissement ou le droit aux prestations, selon qu'il s'agit de verser des prestations contributives ou non contributives, selon le statut professionnel du demandeur ou selon la nature du risque social. ».

Un autre auteur¹⁰ explique pourquoi les prestations ne sont, en principe, pas exportables. « Le principe de territorialité est appliqué strictement en ce qui concerne l'assurance maladie-maternité : ni les prestations en nature ni les prestations en espèces ne peuvent être exportées. **La règle s'explique par la difficulté d'assurer hors des frontières les contrôles nécessaires**.(...)».¹¹

Pour résumer, ce principe peut se décliner sous deux aspects :

- la territorialité régissant l'affiliation de l'assuré, conditionnée au travail exercé en France,
- la territorialité régissant le bénéfice des prestations, parfois conditionnée à la résidence en France.

Le code de la sécurité sociale comporte quant à lui des dispositions générales à cet égard.

Ainsi, l'article L. 111-1 énonce :

⁹ Jean-Philippe Lhernould, J.-Cl., Droit international, fasc. 576, § 3, avril 2020.

¹⁰ Pierre Rodière, Répertoire de droit international, Sécurité sociale, Dalloz, § 466, avril 2019.

¹¹ Pour rappel, le contrôle auquel doit se soumettre l'assuré est un contrôle de nature médicale et non un contrôle de nature administrative. En effet, l'article L. 323-6 renvoie à l'article L. 315-2, selon lequel tout assuré est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. En application de ce texte, lorsque le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'assuré.

« La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

***Elle assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France** de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille et d'autonomie. »*

et L. 111-2-3 précise :

« Un décret en Conseil d'Etat précise, sans préjudice des règles particulières applicables au service des prestations ou des allocations, les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour mentionnées à l'article L. 111-1. »

S'agissant plus particulièrement des indemnités journalières, il faut, pour en bénéficier, exercer un travail en France, mais il n'a pas été identifié de disposition du code de la sécurité sociale exigeant expressément une résidence en France, hormis l'article L. 160-7 tel qu'interprété par notre chambre et peut-être à interpréter a contrario l'article **L. 161-8**, aux termes duquel :

*« **Tant qu'elles continuent de remplir les conditions de résidence** et de séjour mentionnées à l'article L. 111-2-3 et ne viennent pas à justifier de nouveau des conditions d'ouverture du droit aux mêmes prestations dans ce régime ou un autre régime, les personnes qui cessent de remplir les conditions d'activité requises pour l'affiliation à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès d'un régime dont elles relevaient jusqu'alors bénéficient du maintien de leur droit aux prestations en espèces pour ces risques pendant une durée déterminée par décret. Cette durée est prolongée, dans des conditions fixées par décret, pour les personnes qui relèvent de l'article L. 5411-1 du code du travail. »*

De manière générale, il sera rappelé que les lois de sécurité sociale ont un caractère d'ordre public et de territorialité qui ne leur permet pas de recevoir application hors du territoire national, sauf exception prévue par des conventions internationales diplomatiques ou des dispositions européennes (tel l'article 21 du règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, s'agissant des prestations en espèces de l'assurance maladie¹²), permettant à un assuré de bénéficier de prestations alors qu'il réside dans un autre Etat que celui où il travaille.

¹² Article 21 du règlement de base (CE) n°883/2004 :

« La personne assurée et les membres de sa famille qui résident ou séjournent dans un État membre autre que l'État membre compétent bénéficient de prestations en espèces servies par l'institution compétente en vertu de la législation qu'elle applique. Dans le cadre d'un accord entre l'institution compétente et l'institution du lieu de résidence ou de séjour, ces prestations peuvent toutefois être servies par l'institution du lieu de résidence ou de séjour pour le compte de l'institution compétente selon la législation de l'État membre compétent »

Article 27 du règlement d'application (CE) n°987/2009 du 16 septembre 2009 :

La personne assurée transmet le certificat à l'institution compétente dans les délais prévus par la législation de l'État membre compétent.

La transmission du document visé aux paragraphes 1, 2 et 3 ne dispense pas la personne assurée de respecter les obligations prévues par la législation applicable, en particulier à l'égard de son employeur.

Plus encore, la jurisprudence semble étendre ce principe, au delà même de la notion de résidence, au séjour temporaire de l'assuré dans un autre Etat, ce qui pourrait s'expliquer, tout au moins pour les indemnités journalières de maladie, par le repos dont a besoin, par principe, l'assuré malade.

Un auteur¹³ écrit ainsi : « *Au final, une autre lecture du principe de territorialité des prestations en espèces était concevable pour un assuré français. **Il aurait fallu que la Cour se satisfasse de la reconnaissance d'une résidence stable en France, non remise en cause par un séjour d'un mois à l'étranger.** En réalité, l'article L. 332-3 du Code de la sécurité sociale, contrairement à l'article L. 311-7 applicable aux étrangers, semble rattacher la territorialité au lieu de survenance du risque plutôt qu'à la justification d'une résidence en France. L'article L. 332-3 subordonne la prise en charge des assurés et de leur ayants droit à la condition que les soins soient dispensés en France. **Plus que de résidence en France, il s'agit d'une obligation de séjour sur le territoire national pour l'accès aux prestations en espèces** ».*

En toute hypothèse, ce principe de territorialité, qui subordonne le service des prestations sociales à la résidence sur le territoire national, n'introduit, selon la Cour de cassation, aucune atteinte au droit au respect de la vie privée ni aucune discrimination dans le respect du droit aux biens (2^e Civ., 28 avril 2011, n° 10-18.598) et n'a pas davantage de valeur constitutionnelle ([Cons. const., 23 janvier 1987, n°86-225 DC, §14](#)).

Mais par ailleurs, l'assuré qui bénéficie d'indemnités journalières de maladie est astreint à différentes obligations. Celles-ci peuvent-elles justifier la nécessité d'obtenir l'autorisation préalable de la caisse avant un séjour à l'étranger ?

5-3- Sur les obligations mises à la charge des assurés bénéficiaires d'indemnités journalières

1- Jusqu'à la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les obligations des assurés bénéficiaires d'indemnités journalières étaient fixées par **l'arrêté du 19 juin 1947 fixant le règlement intérieur** modèle provisoire des caisses primaires d'assurance maladie pour le service des prestations, plus précisément par **l'article 37**, qui dispose que :

« L'assuré ne doit demander la visite du praticien que s'il est dans l'impossibilité de se déplacer. Les visites de nuit et du dimanche ne doivent être demandées qu'en cas d'urgence.

¹³ Dominique Asquinazi-Bailleux, « Quid des indemnités journalières pendant un séjour à l'étranger ? », La Semaine Juridique Social n° 24, 14 Juin 2011, 1290.

Les frais payés par les malades pour se rendre au domicile du praticien sont exclusivement à leur charge.

Les malades sont tenus d'observer rigoureusement les prescriptions du praticien, notamment le repos au lit et à la chambre s'il a été ordonné.

Les malades ne doivent quitter leur domicile que si le praticien le prescrit dans un but thérapeutique. Les heures de sortie autorisées sont inscrites par le praticien sur la feuille de maladie. Elles doivent être comprises entre 10 heures et 12 heures le matin et entre 16 heures et 18 heures l'après-midi sauf justification médicale circonstanciée du médecin traitant et sous réserve de l'appréciation du contrôle médical.

Si, au cours d'une visite de contrôle d'un assuré malade, celui-ci n'est pas présent à son domicile, en dehors des heures de sortie autorisées, l'assuré est convoqué devant le contrôle médical dans les 8 jours qui suivent le passage de l'agent à son domicile.

En cas de reprise anticipée du travail de la part d'un assuré malade avant l'expiration de la durée de son congé, l'assuré doit en avertir la caisse dans les 24 heures.

Les médicaments et remèdes seront employés suivant les indications données par le praticien. Les médicaments ne doivent être demandés la nuit aux pharmaciens qu'en cas d'urgence justifiée et constatée (par une visite médicale de nuit), sauf le cas où, pour des raisons impérieuses, et par suite de l'éloignement du domicile du malade du lieu de l'officine, l'achat ne peut être effectué que de nuit.

L'assuré malade ne doit se livrer à aucun travail rémunéré ou non, sauf autorisation du médecin traitant.

Durant la maladie, le malade ne doit pas quitter la circonscription de la section ou du correspondant de la caisse à laquelle il est rattaché, sans autorisation préalable de la caisse. La caisse peut autoriser le déplacement du malade, pour une durée indéterminée, si le médecin traitant l'ordonne dans un but thérapeutique ou par convenance personnelle justifiée du malade et après avis du médecin conseil.

Le malade dont l'envoi en convalescence est jugé nécessaire par le praticien traitant doit en aviser la caisse avant son départ et attendre l'autorisation de celle-ci. Il doit, pendant la durée de la convalescence, se soumettre au contrôle dans les conditions fixées par la caisse.

En cas d'hospitalisation, le malade doit se soumettre aux prescriptions des médecins et au règlement de l'établissement.

Lorsque l'assuré tombe malade hors de la circonscription de la caisse qui assure normalement à son profit le service des prestations, il doit, dans les 48 heures, en aviser la caisse à laquelle il demande le service des prestations.

La caisse doit remettre à l'assuré sur sa demande, à l'occasion de la délivrance de la feuille de maladie, une notice lui énonçant les formalités auxquelles il doit se soumettre pour l'obtention des prestations et les déchéances qu'il peut encourir ».

L'article 41 dudit arrêté précise les sanctions encourues en cas de manquement aux obligations posées par l'article 37 :

« Aucun bénéficiaire de l'assurance maladie ne peut se soustraire aux divers contrôles.

En cas de refus, les prestations, tant en argent qu'en nature, sont suspendues pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible et notification en est donnée à l'assuré.

A l'assuré qui aurait volontairement enfreint le règlement des malades ou les prescriptions du médecin traitant, le conseil d'administration de la caisse ou un comité délégué par lui et composé d'administrateurs de la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues.

Dans tous les cas d'abus, la caisse poursuit le remboursement des frais inutiles. »

2- Créé par la loi du 13 août 2004, précitée, **l'article L. 323-6**, dont la rédaction est calquée sur l'article L. 324-1 relatif aux obligations des bénéficiaires d'indemnités journalières en situation d'affection de longue durée ou en situation d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée, a pour finalité de renforcer le contrôle des bénéficiaires d'indemnités journalières.

Dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2018-474 du 12 juin 2018, applicable au litige, il dispose que :

« Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :

1° D'observer les prescriptions du praticien ;

2° De se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical prévus à l'article L. 315-2 ;

3° De respecter les heures de sorties autorisées par le praticien selon des règles et des modalités prévues par décret en Conseil d'Etat après avis de la Haute Autorité de santé ;

4° De s'abstenir de toute activité non autorisée ;

5° D'informer sans délai la caisse de toute reprise d'activité intervenant avant l'écoulement du délai de l'arrêt de travail.

En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, le bénéficiaire restitue à la caisse les indemnités versées correspondantes, dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1.

En outre, si l'activité mentionnée au 4 a donné lieu à des revenus d'activité, il peut être prononcé une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 114-17-1.»

3- Selon le rapport complémentaire relatif au pourvoi n°21-22.162 (2^e Civ., 6 juin 2024, n° 21-22.162), le conseiller rapporteur indique :

« La non-intégration dans la loi de l'obligation de ne pas sortir de la circonscription de la caisse ne relève pas d'un oubli mais d'une volonté assumée.

Lors de la séance du 24 juillet, plusieurs sénateurs (MM. Pelletier, de Montesquiou, Barbier, Blanc, Chérioux, Dériot et Le clerc) ont déposé l'amendement suivant « Après l'article L. 323-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. ... Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :

1°) d'observer les prescriptions du praticien ;

2°) de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical prévus à l'article L. 3152 ;

3°) de respecter les heures de sorties autorisées par le praticien ;

4°) de ne pas quitter la circonscription de la caisse à laquelle il est rattaché, sans autorisation préalable de celle-ci ;

5°) de s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas d'inobservation volontaire des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues.

En cas de recours formé contre les décisions de la caisse, les juridictions visées à l'article L. 1422 contrôlent l'adéquation du montant de la sanction prononcée par la caisse à l'importance de l'infraction commise par l'assuré. »

Expliquant cet amendement, le sénateur Pelletier indiquait « Inspiré de la rédaction de l'article L. 324-1 relatif aux affections de longue durée, ce nouvel article du code de la sécurité sociale aurait pour objet d'intégrer dans la loi les obligations mises à la charge du bénéficiaire des indemnités journalières ; ces dernières figurent actuellement dans le règlement intérieur des caisses primaires de sécurité sociale, mais nous leur donnerions ainsi force de loi. »

Représentant le Gouvernement, le secrétaire d'Etat Xavier Bertrand a répondu que le Gouvernement était défavorable « au 4° de ces amendements qui fait référence à l'obligation pour le salarié « de ne pas quitter la circonscription de la caisse à laquelle il est rattaché, sans autorisation préalable de celle-ci ». Dans le département du Nord, qui est voisin du vôtre, monsieur Pelletier, il y a neuf caisses, donc neuf circonscriptions, et, dans ces conditions, il nous semble difficile, au nom de l'unification et de la simplification, de vous suivre sur ce point».

Les caisses primaires ont, cependant, continué, sur le fondement de l'article 37 du règlement intérieur précité, à imposer aux assurés, bénéficiant d'indemnités journalières, une obligation ne doit pas quitter la circonscription de la caisse à laquelle il est affilié, sans avoir demandé et obtenu l'autorisation préalable de cette dernière. Elles n'ont pas choisi l'option consistant à se fonder exclusivement sur la disposition législative, en sanctionnant le fait de quitter la circonscription de la caisse, et plus particulièrement le territoire national, sous l'angle de l'activité non autorisée.

La Cour de cassation a approuvé cette mise en oeuvre des textes par les caisses en jugeant, sur le fondement combiné des articles L. 323-6 du code de la sécurité sociale et 37 du règlement intérieur des caisses, que, durant l'arrêt de travail, l'assuré ne peut quitter la circonscription de la caisse sans autorisation préalable de celle-ci, de sorte la caisse, qui n'a pas donné son autorisation préalable, est fondée à suspendre le versement des indemnités journalières durant la période au cours de laquelle l'assuré s'est absenté de la circonscription (2^e Civ., 20 septembre 2012, n° 11-19.181 ; 23 janvier 2020, pourvoi n° 18-26.364¹⁴ ; 28 mai 2020, n°19-10.395 ; 7 avril 2022, n°20-22.874).»

L'analyse de cette jurisprudence permet d'en déduire que les dispositions des articles L. 323-6 et 37 du règlement intérieur ont été appliquées, pour des séjours à l'étranger sans autorisation préalable, lorsque les conventions internationales n'étaient pas applicables (2^e Civ., 20 septembre 2012, n° 11-19.181, pour un séjour au Maroc) ou n'avaient pas été invoquées (2^e Civ., 28 mai 2020, n°19-10.395 pour un séjour au Portugal ; 2^e Civ., 7 avril 2022, n°20-22.874, pour un voyage en Pologne) .

Dans son arrêt rendu le 6 juin 2024, notre chambre a décidé, au regard des éléments précédemment rappelés, de transmettre une question préjudicielle au conseil d'Etat s'agissant de la légalité des dispositions de l'article 37.

4- Ce faisant, il convient de s'interroger sur le fait de savoir si la jurisprudence, appliquant ces dispositions combinées à des hypothèses où l'assuré, en arrêt de travail, a séjourné hors du territoire national sans solliciter l'autorisation préalable de la caisse, est toujours d'actualité.

En effet, dans l'hypothèse où l'illégalité de ces dispositions serait retenue, les dispositions de l'article L. 323-6 seraient-elles suffisantes pour imposer une autorisation préalable de la caisse ? A défaut, l'autorisation préalable du médecin prescripteur serait-elle seule exigée, à l'instar des dispositions relatives à l'activité autorisée ou aux heures de sortie autorisées ?

Il convient en effet de rappeler que, pris en application de l'article L. 323-6, le décret n° 2007-1348 du 12 septembre 2007 relatif aux heures de sorties autorisées en cas

¹⁴ Cet arrêt concerne un assuré qui a quitté son département pour se rendre chez sa famille en Isère.

d'arrêt de travail a créé l'article R.323-11-1 du code de la sécurité sociale, aux termes duquel « *le praticien indique sur l'arrêt de travail :*

- *soit que les sorties ne sont pas autorisées ;*
- *soit qu'elles le sont. Dans ce cas, l'assuré doit rester présent à son domicile de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux. Toutefois, le praticien peut, par dérogation à cette disposition, autoriser les sorties libres. Dans ce cas, il porte sur l'arrêt de travail les éléments d'ordre médical le justifiant. »*

De même, si l'assuré ne peut, en principe, exercer pendant l'arrêt de travail aucune activité, même ludique (2^e Civ, 09 avril 2009, n°07-18.294) ou pendant les heures de sortie autorisées (2^e Civ., 10 juillet 2014, n°13-20.005), le médecin peut, par exception, autoriser l'assuré à exercer certaines activités compatibles avec son état de santé. Cette autorisation doit néanmoins être expresse et préalable (2^e Civ., 9 décembre 2010, n°09-16.140, publié; 2^e Civ., 28 mai 2020, n° 19-15.520). Depuis le 14 avril 2021, l'article R 323-11-1, dans sa rédaction issue du décret n°2021-428 du 12 avril 2021, précise que l'autorisation d'exercer certaines activités en dehors du domicile est mentionnée sur l'arrêt de travail.

Les cours d'appel semblent, quant à elles, après avoir, le cas échéant, examiné l'applicabilité d'une convention internationale, se référer aux dispositions de l'article L.332-3 du code de la sécurité sociale (CA Dijon, 18 mars 2021, N° RG 19/00837), devenu L. 160-7 (CA Orléans, 29 novembre 2022, N° RG 20/01552, CA Rouen, 3 février 2021, N° RG 17/06043 ; CA Angers, 5 novembre 2020, N° RG 19/00366), parfois combinées avec l'article 37 du règlement intérieur (CA Nancy, 27 octobre 2020, RG 19/01567 ; CA Rennes, 7 novembre 2012, N° RG 11/05565) ou les dispositions de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale et 37 du règlement intérieur (CA Rouen, 16 juin 2021, N° RG 19/02658).

Une autre cour d'appel a aussi tiré de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale et, en particulier, de l'obligation de l'assuré de se soumettre au contrôle de la caisse, celle de demeurer à son domicile :

- **CA Aix-en-Provence, 26 mai 2023, RG 22/03537 :**

« les indemnités journalières qui ont pour objet de compenser la perte de salaire de l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique de reprendre le travail et que leur versement est subordonné au respect des conditions posées, dont celle de se soumettre au contrôle de la caisse, lequel implique nécessairement de demeurer en son domicile. S'il est exact que les indemnités journalières ont la nature de prestations en espèce, pour autant elles reposent sur un arrêt de travail médicalement prescrit, qui participe aux soins dès lors que l'état de santé de l'assuré ne lui permet pas de reprendre le travail, et nécessite soins et/ou repos et/ou prise en charge thérapeutique.

Dans tous les cas, le versement d'indemnités journalières est subordonné au contrôle de la caisse, et le départ de l'assuré de son domicile y fait obstacle. Il s'ensuit que comme pour les soins en nature, le versement d'indemnités journalières à l'assuré se trouvant hors de France est subordonné, non seulement à l'existence conventions internationales et règlements européens, mais aussi à l'accord préalable de la caisse. »

B- Eléments du litige

Le jugement retient que les circonstances de l'espèce permettent de considérer que le médecin conseil de la caisse a effectivement donné son accord au départ de l'assurée en Tunisie. Il relève, en effet, que son médecin traitant a donné son accord sans réserves, selon certificat du 19 juin 2019, et estime que rien ne s'opposait à l'accord du médecin conseil dès lors que le traitement de l'assurée consistait, jusqu'à son très prochain départ en retraite pour inaptitude, en un port de ceinture de contention, traitement qui ne nécessite aucun contrôle. Il en déduit que, l'indu n'étant pas justifié, la contrainte doit être annulée.

Le mémoire ampliatif soutient que l'assuré qui souhaite quitter la circonscription doit en informer la caisse et recueillir son autorisation avant un séjour en Tunisie, et ce à double titre, d'une part par application de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale précité, d'autre part au vu de l'article 7 de la convention franco-tunisienne.

La seconde branche invoque une violation des mêmes dispositions, aux motifs que le tribunal n'a pas constaté l'accord formel de la caisse et a, ainsi écarté les règles applicables requérant la formalisation d'un accord de la caisse.

Il estime que le tribunal, en considérant que les conditions de délivrance d'un accord étaient réunies, a statué par un motif d'équité, favorisant une solution lui apparaissant plus juste que la stricte application des dispositions du code de la sécurité sociale.

Il appartient à notre chambre, à la lumière de ces éléments, d'apprécier si ce grief est fondé.