



**AVIS DE Mme TUFFREAU,
AVOCATE GÉNÉRALE RÉFÉRENDAIRE**

Arrêt n° 900 du 25 septembre 2025 (F-B) – Deuxième chambre civile

Pourvoi n° 23-15.955

Décision attaquée : 17 mars 2023 du tribunal judiciaire de Mulhouse

Mme [K] [Z]

C/

La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Haut-Rhin

Audience de formation restreinte du 2 juillet 2025-affaire n° 27

1- Faits et procédure

Madame [Z] (l'assurée) a sollicité de la caisse primaire d'assurance-maladie du Haut-Rhin (la caisse) la prise en charge de soins dispensés en Allemagne, en l'espèce une coloscopie, les 23 septembre et 1^{er} octobre 2020 pour un montant de 615,69 euros.

Le 10 mai 2021, le centre national des soins à l'étranger a refusé la prise en charge de ces soins au motif que les soins hospitaliers programmés dispensés dans un pays membre de l'Union européenne en lien avec un suivi oncologique ne peuvent être pris en charge que sur autorisation préalable.

L'assuré a contesté cette décision devant le tribunal judiciaire de Mulhouse, lequel a, par jugement du 17 mars 2023, rejeté la demande de prise en charge, aux motifs que :

« En l'espèce, Madame [K] [Z] a subi des examens médicaux dont une coloscopie les 23.09. 2020 et 01.10.2020, lesquels ont été réalisés par un oncologue allemand. Or, il ressort de la lecture des textes que des soins dispensés hors de France dans le cadre du traitement du cancer nécessitent une autorisation préalable au remboursement des frais.

Cette coloscopie a été exécutée dans une perspective de prévention et s'inscrit de fait dans un suivi oncologique. Elle entre donc dans les prévisions relatives au traitement du cancer ».

À l'appui de son pourvoi, l'assurée développe un moyen unique de cassation articulé en deux branches, la première faisant valoir que la coloscopie exécutée dans une perspective de prévention ne nécessite pas le recours aux infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux dans le traitement du cancer nécessitant une autorisation préalable. La seconde branche se prévaut d'un manque de base légale en ce que le tribunal n'a pas recherché concrètement si l'assurée souffrait d'un cancer dont les prestations en cause constituaient un élément de traitement.

2- Avis

2.1. En l'espèce, les soins ont été réalisés par une assurée française en Allemagne, de sorte qu'ont vocation à s'appliquer les dispositions 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** ainsi que la **directive n° 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers**.

À titre liminaire, il y a lieu de remarquer que les soins dont il est sollicité le remboursement sont des soins dits « programmés », l'assurée indiquant faire réaliser l'ensemble de ses soins en Allemagne, pays dans lequel elle a travaillé près de 25 ans, pour des raisons de commodité.

Si le **règlement n° 883/2004** subordonne le remboursement de ces soins à une autorisation préalable, permettant ainsi un remboursement selon le barème de l'Etat de soins (article 20), tel n'est pas le cas de la directive du 9 mars 2011.

En effet, intégrant la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), **l'article 7 de la directive n° 2011/24/UE du 9 mars 2011** dispose que «1. Sans préjudice du règlement (CE) n° 883/2004 et sous réserve des dispositions des articles 8 et 9, l'État membre d'affiliation veille à ce que les frais engagés par une personne assurée qui reçoit des soins de santé transfrontaliers soient remboursés, si les soins de santé en question font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit dans l'État membre d'affiliation ».

Le paragraphe 4 de cet article précise alors que les coûts des soins de santé transfrontaliers sont remboursés ou payés directement par l'État membre d'affiliation à hauteur des coûts qu'il aurait pris en charge si ces soins de santé avaient été dispensés sur son propre territoire, sans que le remboursement excède les coûts réels des soins de santé reçus.

Ce principe connaît toutefois des **exceptions**. Ainsi, **l'article 8 de cette directive liste les soins de santé susceptibles d'être soumis à autorisation préalable**. Il dispose que :

« Les soins de santé susceptibles d'être soumis à autorisation préalable sont limités aux soins de santé qui :

a) sont soumis à des impératifs de planification liés à l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de soins de qualité élevée ou à la volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines et :

i) impliquent le séjour du patient concerné à l'hôpital pour au moins une nuit ; ou

ii) nécessitent un recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux ;

b) impliquent des traitements exposant le patient ou la population à un risque particulier, ou

c) sont dispensés par un prestataire de soins de santé qui, au cas par cas, pourrait susciter des inquiétudes graves et spécifiques liées à la qualité ou à la sûreté des soins, à l'exception des soins de santé soumis à la législation de l'Union garantissant un niveau minimal de sûreté et de qualité sur tout le territoire de l'Union. »

2.2. Ces dispositions ont été transposées en droit français aux articles R. 332-1 et suivants du code de la sécurité sociale, désormais transférés aux articles R. 160-1 et suivants.

Ainsi, **l'article R. 160-2 I du code de la sécurité sociale**, applicable en cas de soins programmés, dispose que :

« I.- Les caisses d'assurance maladie ne peuvent procéder que sur autorisation préalable au remboursement des frais de soins dispensés aux personnes bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 et aux personnes qui leur sont rattachées au sens des règlements européens dans un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse, dans le cadre d'un déplacement aux fins de recevoir un traitement adapté, lorsque ces soins :

1° Impliquent le séjour du patient concerné dans un établissement de soins pour au moins une nuit ; ou

2° Nécessitent le recours aux infrastructures ou aux équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux, qui figurent sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. »

Antérieurement à la transposition de la directive, l'article R. 332-4 du code de la sécurité sociale, dans sa version issue du décret n° 2005-386 du 19 avril 2005, en vigueur du 27 avril 2005 au 24 mai 2014, disposait que « Hors l'hypothèse de soins inopinés, les caisses d'assurance maladie ne peuvent procéder que sur autorisation préalable au remboursement des frais des soins hospitaliers ou nécessitant le recours aux équipements matériels lourds mentionnés au II de l'article R. 712-2 du code de la santé publique dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et appropriés à leur état ».

L'article R. 6122-26 du code de la santé publique, qui reprend les dispositions de l'article R. 712-2-II de ce code, dispose, dans sa version en vigueur du 26 juillet 2005 au 1^{er} juin 2023, que :

« Sont soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 les équipements matériels lourds énumérés ci-après :

1° Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;

2° Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;

3° Scanographe à utilisation médicale ;

4° Caisson hyperbare ;

5° Cyclotron à utilisation médicale. »

2.3. La CJUE a été saisie d'un recours en manquement sur la base des dispositions antérieures à la transposition de la directive. En effet, la Commission européenne demandait notamment à la CJUE de constater que, en subordonnant, en vertu de l'article R. 332-4 du code de la sécurité sociale, à la délivrance d'une autorisation préalable le remboursement des prestations médicales accessibles en cabinet de ville nécessitant le recours à des équipements matériels lourds figurant à l'article R. 712-2-II du code de la santé publique (devenu article R. 6122-26 de ce code), la République française avait manqué aux obligations qui lui incombent en vertu de l'article 49 CE.

Après avoir relevé que l'exigence d'autorisation préalable à laquelle est subordonnée, la prise en charge de soins programmés dans un autre État membre et impliquant le recours à des équipements matériels lourds en dehors d'infrastructures hospitalières constituait, tant pour les assurés que pour les prestataires, une restriction à la libre prestation des services, la CJUE a cependant rejeté le recours en manquement en considérant que **cette restriction était justifiée par les risques pour l'organisation de la politique de santé publique ainsi que par l'équilibre financier du système de sécurité sociale** ¹.

2.4. Le texte actuel est toutefois plus large, en ce qu'il ne recouvre non pas uniquement les « équipements matériels lourds » mais les « infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux ».

L'arrêté du 27 mai 2014 établissant la liste des soins hors de France nécessitant le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux, pris en application de l'article R. 160-2 du code de la sécurité sociale, dispose ainsi que :

« Les soins mentionnés au I de l'article R. 160-2 du code de la sécurité sociale qui nécessitent le recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux sont énumérés ci-après :

1° Les soins requérant les équipements matériels lourds mentionnés à l'article R. 6122-26 du code de la santé publique ;

2° Les interventions sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;

3° Les interventions par voie endovasculaire en neuroradiologie ;

¹ CJUE, arrêt du 5 octobre 2010, Commission européenne contre République française, C-512/08.

- 4° Les interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ou tout autre acte d'ophtalmologie pratiqué en secteur opératoire ;
- 5° La libération du canal carpien et d'autres nerfs superficiels en ambulatoire ainsi que les autres interventions sur la main pratiquées en secteur opératoire ;
- 6° Le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- 7° Le traitement du cancer ;
- 8° L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ;
- 9° Les soins cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal. »

Ainsi que cela a été exposé en page 7 du rapport, la coloscopie ne requiert aucun des équipements matériels lourds mentionnés à l'article R. 6122-26 du code de la santé publique. **Aucune autorisation préalable ne saurait dès lors être sollicitée sur le fondement du 1° de l'arrêté du 27 mai 2014.**

La caisse soutient que cet acte est soumis à autorisation au titre du 7° du dit arrêté, s'agissant d'un soin de « traitement du cancer ». Elle ajoute que *« toute intervention médicale oncologique étant en lien avec le traitement du cancer, elle doit être soumise à autorisation préalable pour pouvoir être prise en charge par la CPAM, sans qu'il y ait lieu à faire une distinction entre les soins effectués dans une perspective de prévention et les autres soins. »*

Cette interprétation du texte ne me paraît toutefois pas être correcte. D'une part, car le terme de « traitement », à visée curative, doit être distingué de la prévention (à condition toutefois que les actes ne figurent pas à la liste mentionnée à l'article R. 6122-26 du code de la santé publique). Le raisonnement de la caisse aboutirait à soumettre à autorisation toute une série d'actes permettant de détecter de manière précoce des cancers, qui ne sont pas nécessairement particulièrement onéreux : mammographie, frottis de dépistage, tests sanguins...

Ainsi, la coloscopie effectuée dans un cadre préventif, comme c'est le cas en l'espèce, ne peut être considérée comme un acte de traitement du cancer.

D'autre part, et en tout état de cause, **le seul fait que les soins soient relatifs au « traitement du cancer » ne saurait à mon sens les soumettre à autorisation préalable.** En effet, selon la directive, pour pouvoir être soumis à autorisation préalable, les soins ambulatoires doivent non seulement nécessiter « le recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux » mais également être « soumis à des impératifs de planification liés à l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de soins de qualité élevée ou à la volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines ». Tout soin relatif au traitement du cancer ne saurait entrer dans cette catégorie, à l'instar d'une simple visite médicale chez un médecin oncologue, laquelle ne nécessite pas le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux. Le texte fait en réalité référence à des traitements tels que des actes de chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie ou encore

immunothérapie... Par ailleurs, il sera relevé que la coloscopie n'est pas considérée, au regard de sa tarification à la CCAM, comme un acte coûteux².

Dès lors, le seul fait que la coloscopie ait été réalisée par un oncologue ne saurait la faire entrer dans la catégorie « traitement du cancer » au sens du 7° de l'arrêté du 27 mai 2014.

Au vu de ces éléments, le jugement encourt la cassation sur le fondement de la première branche du moyen unique, l'assurée n'ayant pas à solliciter l'autorisation préalable de la caisse pour la réalisation d'une coloscopie dans un autre Etat membre de l'UE.

Avis de cassation

² Ainsi, à titre indicatif, il sera relevé que le tarif de la « Coloscopie totale avec franchissement de l'orifice iléocolique », ayant pour code HHQE002, est de 52,03 euros.