



**RAPPORT 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

**Rapport avec proposition de rejet non spécialement motivé de la seconde
branche du moyen (article 1014 cpc).**

- décision attaquée du 17 mars 2023,
- déclaration de pourvoi du 17 mai 2023, pour Mme [Z],
- mémoire ampliatif déposé le 18 septembre 2023 pour Mme [Z], sollicitant la condamnation de la caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin à lui payer la somme de 3 000 euros, en application de l'article 700 du code de procédure civile, signifié le 26 septembre 2023 à la défenderesse,
- conclusions banales en défense déposées le 22 novembre 2023 dans l'intérêt de la caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin, sollicitant la condamnation de la demanderesse au pourvoi à lui payer la somme de 3 500 euros, en application de l'article 700 du code de procédure civile,
- mémoire complémentaire en défense déposé le 10 avril 2024 pour la caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin, maintenant sa demande d'article 700.

La procédure paraît régulière.

1 - Rappel des faits et de la procédure

Mme [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 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 au motif que les soins n'avaient pas fait l'objet d'une autorisation préalable de la caisse.

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

Par un jugement du 17 mars 2023, le tribunal judiciaire de Mulhouse a déclaré le recours de l'assurée recevable, mais rejeté la demande de prise en charge, et condamné l'assurée aux dépens.

2 - Analyse succincte du moyen

Dans un moyen unique articulé en deux branches, l'assurée fait grief au jugement de rejeter sa demande de prise en charge des soins pratiqués en Allemagne les 23 septembre et 1^{er} octobre 2020, alors :

« 1°/ que si les soins dispensés dans un autre État membre de l'Union européenne qui nécessitent le recours aux infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux dans le traitement du cancer ne sont remboursés par les caisses d'assurance maladie que sur autorisation préalable de celles-ci, tel n'est pas le cas d'une coloscopie exécutée dans une perspective de prévention ; qu'en affirmant au contraire, pour débouter l'assurée de sa demande de remboursement des frais qu'elle avait engagés en Allemagne, que la coloscopie qu'elle avait faite « a été exécutée dans

une perspective de prévention et s'inscrit de fait dans un suivi oncologique », pour en déduire qu'elle entrait dans les prévisions relatives au traitement du cancer, de sorte que cet examen relevait des soins nécessitant le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux exigeant une autorisation préalable du service médical de la caisse qui n'avait pas été sollicitée par l'assurée sociale, le tribunal judiciaire a violé l'article R. 160-2 du code de la sécurité sociale et l'article 1^{er}, 7° de l'arrêté de la ministre des affaires sociales et de la santé du 27 mai 2014, dans sa rédaction applicable en la cause ;

2°/ que si les soins dispensés dans un autre État membre de l'Union européenne qui nécessitent le recours aux infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux dans le traitement du cancer ne sont remboursés par les caisses d'assurance maladie que sur autorisation préalable de celles-ci, tel n'est pas le cas d'une coloscopie exécutée dans une perspective de prévention ; qu'en se bornant à affirmer, pour statuer comme il l'a fait, que la coloscopie litigieuse avait été exécutée dans une perspective de prévention et s'inscrit de fait dans un suivi oncologique, pour en déduire qu'elle entrait dans les prévisions relatives au traitement du cancer, sans rechercher concrètement, comme il y était invité, si l'assurée sociale souffrait d'un cancer dont les prestations en cause constituaient un élément du traitement, le tribunal a privé sa décision de base légale au regard de l'article R. 160-2 du code de la sécurité sociale et l'article 1^{er}, 7°, de l'arrêté de la ministre des affaires sociales et de la santé du 27 mai 2014, dans sa rédaction applicable en la cause. »

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

La seconde branche du moyen invoque un défaut de base légale au regard de l'article R. 160-2 du code de la sécurité sociale et de l'article 1^{er}, 7°, de l'arrêté de la ministre des affaires sociales et de la santé du 27 mai 2014, aux motifs que le tribunal n'a pas recherché concrètement, comme il y était invité, si l'assurée sociale souffrait d'un cancer dont les prestations en cause constituaient un élément du traitement.

*

Le grief manque en fait.

En effet, le tribunal a souverainement constaté que l'acte avait été réalisé dans une perspective de prévention. Il a néanmoins estimé que les soins, pratiqués par un oncologue, s'inscrivaient dans un suivi oncologique.

Il sera rappelé que l'oncologie se définit comme l'étude des cancers, y compris le développement, le diagnostic, le traitement et la prévention.

Dès lors, contrairement à ce que postule le grief, le tribunal a bien recherché quelle était la finalité de l'examen pratiqué.

En réalité, en considérant que l'examen litigieux s'inscrivait, de fait, dans un suivi oncologique, le tribunal n'a pas remis en cause la nature préventive de l'examen, mais

retenu que l'ensemble des soins en lien avec l'oncologie devait être inclus dans les soins nécessitant le recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux.

3bis- Identification du ou des points de droit faisant difficulté à juger

Soins dispensés dans un autre État membre de l'Union européenne nécessitant le recours aux infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux : appréciation de la notion de « traitement du cancer » (article 1^{er}, 7° de l'arrêté du 27 mai 2014) et de celle d'« équipements matériels lourds » (article 1^{er}, 1° de l'arrêté du 27 mai 2014).

4 - Discussion citant les références de jurisprudence et de doctrine

4.1. Cadre juridique

1- Dispositif de prise en charge des soins dispensés dans un autre Etat membre

Aux termes de l'article **R. 160-1** du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du décret n°2015-1865 du 30 décembre 2015 :

« Les 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 qui s'avèrent médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse font l'objet, en cas d'avance de frais, d'un remboursement par les caisses d'assurance maladie dans les conditions prévues dans l'Etat de séjour ou, en cas d'accord de l'assuré social, dans les conditions prévues par la législation française, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré et sous réserve des adaptations prévues aux articles R. 160-2, R. 160-3 et R. 160-3-1. »

L'article **R. 160-2** du même code, dans sa rédaction issue du décret n°2019-966 du 18 septembre 2019, énonce :

*« 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 Etat 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.

II. - L'autorisation mentionnée au I ne peut être refusée lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° La prise en charge des soins envisagés est prévue par la réglementation française ;

2° Ces soins sont appropriés à l'état de santé du patient ;

3° Un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité ne peut pas être obtenu en France dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé actuel du patient et de l'évolution probable de son affection.

(...)

III. - Ces soins sont soumis aux mêmes règles de remboursement que celles prévues par l'article R. 160-1.

Les soins autres que ceux mentionnés au I du présent article qui sont dispensés dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen **ne sont pas soumis à autorisation préalable** et sont remboursés aux assurés sociaux dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France, sous réserve que leur prise en charge soit prévue par la réglementation française. »

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, prévoit, en son article 1^{er} :

« 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 ;

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. »

Au cas d'espèce, la caisse soutenait, dans ses conclusions, que le suivi oncologique et la coloscopie ont nécessité le recours à un équipement matériel lourd, tel que visé à l'article R.6122-26, 1°, du code de la santé publique.

L'assurée faisait valoir que la coloscopie, qui faisait suite à une polypectomie, s'inscrivait dans une logique de prévention. Elle précisait n'avoir réalisé aucun suivi oncologique, n'ayant jamais développé de cancer. Elle estimait par ailleurs qu'une simple coloscopie, qui constitue un examen médical courant et banal, ne nécessitait pas le recours à des équipements médicaux « hautement spécialisés et coûteux ».

Le tribunal a relevé que la coloscopie avait été réalisée par un oncologue allemand, dans une perspective de prévention et s'inscrit, de fait, dans un suivi oncologique, de sorte qu'elle entre dans les prévisions relatives au traitement du cancer.

Il ajoute que, dès lors, la coloscopie relève des soins nécessitant le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux exigeant, conformément à l'article R. 160-2 du code de la sécurité sociale, une autorisation préalable du service médical de la caisse.

La question posée par le présent pourvoi concerne donc la notion d'infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux, visée à l'article R. 160-2 précité, et plus précisément, la notion d'« équipements matériels lourds », visée l'article 1^{er}, 7°, de l'arrêté précité, et celle de « traitement du cancer », visée l'article 1^{er}, 7°, de l'arrêté précité.

2- Notion d'« équipement matériels lourds »

L'arrêté du 27 mai 2014 fait explicitement référence, en son article 1^{er}, 1°, aux « soins requérant les équipements matériels lourds mentionnés à l'article R. 6122-26 du code de la santé publique ».

Les équipements matériels lourds énoncés l'article R. 6122-26 du code de la santé publique, dans sa rédaction en vigueur jusqu'au 1^{er} juin 2023, correspondent aux équipements suivants :

« 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. »

Il n'a pas été retrouvé de liste précisant les matériels correspondant au 1° de cet article.

Le code de la santé publique, en son article L. 6122-14, définit seulement, de manière générale, la notion d'équipements matériels lourds comme « *les équipements mobiliers destinés à pourvoir soit au diagnostic, à la thérapeutique ou à la rééducation fonctionnelle des blessés, des malades et des femmes enceintes, soit au traitement de l'information et qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation et de fonctionnement particulièrement onéreuses ou pouvant entraîner un excès d'actes médicaux* ».

Il peut être souligné que [dans un document annexé au rapport « innovation et système de santé » établi par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie \(HCAAM\)](#), intitulé « document n°13 : les équipements lourds d'imagerie », il est expressément mentionné que « *Les échographes, **endoscopes**, équipement de stockage d'images, technologies basées sur les rayons X hors scanner **ne sont pas des équipements lourds***. »

D'ailleurs, une caméra à scintillation, qui correspond à une « gamma caméra », est un dispositif utilisé en médecine nucléaire pour détecter et imager la distribution de substances radioactives dans le corps. Elle utilise des radiopharmaceutiques pour imager la distribution des substances radioactives dans le corps.

De même, une caméra à positons est une technique d'imagerie médicale utilisée pour mesurer en trois dimensions l'activité métabolique ou moléculaire d'un organe et fonctionne aussi à partir de l'administration de radiopharmaceutiques.

A l'inverse, la coloscopie est un examen pratiqué par un gastro-entérologue, grâce à un endoscope introduit par l'anus. L'endoscope est un tube souple muni d'une petite caméra, d'une lampe et, si besoin, d'instruments chirurgicaux passant par le canal de l'endoscope.¹

Il s'en déduit que la coloscopie ne correspond pas à des soins requérant les équipements matériels lourds mentionnés à l'article R. 6122-26 du code de la santé publique.

3- Notion de « traitement du cancer »

La question posée par le présent pourvoi est précisément la suivante : la notion de « traitement du cancer », visée à l'article 1^{er}, 7° de l'arrêté du 27 mai 2014, englobe-t-elle les actes effectués avant tout diagnostic de cancer, à titre de prévention ? En d'autres termes, la notion impose-t-elle de faire une distinction selon la finalité de l'acte ou doit-elle être entendue de manière large ? Et en toute hypothèse, quelle est l'intensité du contrôle opéré par la Cour de cassation ?

S'il n'a pas été retrouvé d'arrêt répondant précisément à cette question, plusieurs pistes de réflexion peuvent être envisagées.

¹ <https://www.ameli.fr/assure/sante/examen/exploration/deroulement-coloscopie>

** Il peut, d'abord, être mentionné les dispositions du **code de la santé publique** relatives au traitement du cancer.*

En effet, l'article R. 6122-25, 18°, de ce code précise que le « Traitement du cancer » est une activité soumise à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1.

Cette activité est définie à l'**article R. 6123-86** du même code comme consistant à **« traiter les tumeurs solides malignes ou les hémopathies malignes. Ce traitement est médical, chirurgical, ou réalisé par radiothérapie externe ou par curiethérapie.² »**

L'article R. 6123-87, dans sa rédaction antérieure au décret n°2022-689 du 26 avril 2022, énonçait que :

« L'autorisation prévue par l'article L. 6122-1 nécessaire pour exercer l'activité de soins du cancer mentionnée au 18° de l'article R. 6122-25 est accordée pour une ou plusieurs des pratiques thérapeutiques suivantes :

1° Chirurgie des cancers ;

2° Radiothérapie externe, curiethérapie, dont le type est précisé ;

3° Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées ;

4° Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer. »

L'article R. 6123-86-1, créé par le décret précité, énonce désormais que :

« L'autorisation d'activité de soins de traitement du cancer est accordée pour l'une ou plusieurs des modalités suivantes :

1° Chirurgie oncologique ;

2° Radiothérapie externe, curiethérapie ;

3° Traitements médicamenteux systémiques du cancer. »

L'article R. 6123-90, dans sa rédaction issue du même décret, prévoit que les établissements ne sont pas soumis à l'autorisation de traitement du cancer lorsqu'ils assurent la chirurgie à visée diagnostique du cancer.

Et l'article R. 6123-91-1, créé par le décret précité, précise que *« L'autorisation ne peut être accordée que si le demandeur :*

*1° Dispose d'une organisation, mise en place le cas échéant conjointement avec d'autres titulaires d'une autorisation de traitement du cancer, **qui assure à chaque patient l'annonce du diagnostic** et d'une proposition thérapeutique fondée sur une*

² L'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées n'est plus mentionnée depuis l'entrée en vigueur du décret n°2022-689 du 26 avril 2022.

concertation pluridisciplinaire selon des modalités conformes aux référentiels de prise en charge définis par l'Institut national du cancer en application du 2° de l'article L. 1415-2 et traduite dans un programme personnalisé de soins remis au patient ;

(....). »

Pour mieux comprendre l'évolution de ces textes, quelques extraits de [l'instruction n°DGOS/R3/2022/271 du 23 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité de traitement du cancer](#) (BOSS 30 Décembre 2022) peuvent être mentionnés :

« La réforme utilise les termes de « chirurgie oncologique » en référence à la définition de la chirurgie relevant de l'autorisation de traitement du cancer, ce qui exclut la chirurgie diagnostique/symptomatique/palliative/reconstructrice différée, qui peut être pratiquée dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'un cancer. »

*« **Ce périmètre d'activité soumise à autorisation de chirurgie oncologique ne comprend ni le diagnostic (y compris le diagnostic d'extension) ni l'aval du traitement (gestion des complications ; douleur ; chirurgie palliative ; chirurgie reconstructrice différée), ce qui permet d'associer tous les autres acteurs de santé du parcours de soins des patients atteints d'un cancer à leur prise en charge, dans le cadre de leurs compétences.** »*

« Le diagnostic du cancer et la gestion des complications de la maladie ou des traitements curatifs du cancer peuvent se réaliser dans un établissement non autorisé au traitement du cancer ou en médecine de ville. »

Ainsi, le code de la santé publique définit précisément « l'activité de soins de traitement du cancer », qui est soumise à autorisation. Cette activité semble exclure les actes à visée diagnostique du cancer, alors que l'annonce du diagnostic au patient paraît pouvoir en relever.

** Il est, ensuite, possible de s'interroger sur la **souplesse de l'interprétation** à donner à la notion de soins, mentionnés au I de l'article R. 160-2 du code de la sécurité sociale.*

En effet, il est de principe qu'une exception doit faire l'objet d'une interprétation stricte.

A cet égard, il sera rappelé que les soins nécessitant une autorisation préalable de la caisse constituent une exception au principe de liberté de soins, en vigueur dans l'Union européenne.

En effet, la Cour de justice des communautés européennes a posé en principe que l'exigence d'une autorisation préalable portait atteinte à la liberté de prestation de services et à la libre circulation des marchandises, prévus par les articles 49 et 50 du Traité CE, devenus les articles 56 et 57 du TFUE,, à moins qu'elle ne soit objectivement justifiée ([CJCE, 28 avril 1998, aff. C-158/96, Kohll](#) et [aff. C-120/95 Decker](#)).

Ces considérations sont à l'origine de la distinction entre soins "lourds" et soins "courants", autour de laquelle s'articule le régime des traitements suivis à l'étranger.

Ainsi, contrairement aux soins ambulatoires courants, l'autorisation préalable est admise en cas d'hospitalisation dans un autre État membre ou pour la prise en charge de soins impliquant le recours à des équipements médicaux lourds ([CJUE, 5 octobre 2010, Commission européenne contre République française, C-512/08](#)).

Une telle autorisation apparaît en effet comme une mesure tout à la fois nécessaire et raisonnable, susceptible d'être justifiée au regard de l'une des exceptions admises par le Traité, pour autant qu'elle soit fondée sur des critères objectifs, non discriminatoires et connus à l'avance et qu'elle soit procéduralement encadrée afin de contrôler le pouvoir d'appréciation des autorités nationales ([CJCE, 12 juillet 2001, Geraets-Smits et Peerboom, aff. 157/99](#) ; [CJCE, 13 mai 2003, Müller-Fauré et Van Riet, aff. n° C-385/99](#) ; [CJCE, 23 octobre 2003, Inizan, aff. C-56/01](#)).

La [Directive n° 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers](#), notamment en son article 8, est ensuite venue reprendre, en les synthétisant, les solutions jurisprudentielles tout en maintenant le double mécanisme de prise en charge résultant des instruments de coordination entre les systèmes nationaux de sécurité sociale adoptés en faveur des migrants et des membres de leur famille, mais aussi des principes communautaires fondés sur les articles du Traité.

Les articles R. 332-1 et suivants, désormais transférés aux articles R. 160-1 et suivants du code de la sécurité sociale, en constituent la transposition en droit interne, et ne méconnaissent pas le principe de la libre prestation de services énoncé par le TFUE (2^e Civ., 6 octobre 2016, n° 15-24.176).

Une interprétation stricte semble d'ailleurs avoir été adoptée par la Cour de cassation, s'agissant de la notion de « séjour du patient concerné dans un établissement de soins », qui correspond à l'autre hypothèse énoncée à l'article R. 160-2, pour lesquelles une autorisation est également exigée.

En effet, dans un arrêt du 20 mai 2010, elle reproche aux juges du fond, qui avaient énoncé que « la demande porte sur des soins dispensés sinon dans une maternité, du moins dans une structure qui s'efforce d'y ressembler », d'avoir statué par des motifs impropres :

- 2^e Civ., 20 mai 2010, n° 09-65.457, 09-12.215 :

« Attendu, selon le jugement attaqué, rendu en premier et dernier ressort, qu'ayant souhaité, pour la naissance de son deuxième enfant, accoucher dans une "maison de naissance" en Allemagne fédérale, Mme [X...] a sollicité l'accord préalable de la caisse primaire d'assurance maladie de la Moselle (la caisse) ; que s'étant rendue en Allemagne fédérale en dépit du refus de la caisse, Mme [X...] n'a pu obtenir le remboursement des frais exposés pour son accouchement ; qu'elle a saisi d'un recours une juridiction de la sécurité sociale ;

Attendu que, pour débouter Mme [X...] de sa demande, le jugement, après avoir rappelé les dispositions de l'article R. 332-4 du code de la sécurité sociale, retient que sa demande porte sur des soins dispensés sinon dans une maternité, du moins dans une structure qui s'efforce d'y ressembler, et que l'on ne peut appeler autrement que des frais hospitaliers le contenu des deux factures dont la demanderesse sollicite le remboursement ;

Qu'en statuant ainsi, par des motifs impropres à caractériser des soins dispensés en établissement, alors que la qualification des prestations litigieuses était déterminante pour l'application des textes susvisés, le tribunal des affaires de sécurité sociale a violé ceux-ci ; »

De même, elle impose aux juges du fond de caractériser en quoi les soins, dont la prise en charge est demandée, sont au nombre des soins et prestations soumis à autorisation préalable :

- 2^e Civ., 6 octobre 2016, n° 15-19.128 :

« Vu les articles R. 332-3 et R. 332-4 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction antérieure au décret n° 2014-516 du 22 mai 2014, applicable au litige, et 56 et 57 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ;

Attendu, selon le premier de ces textes, que les caisses d'assurance maladie procèdent au remboursement des frais de soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un Etat membre de l'Union européenne dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France ; que, selon le deuxième, les caisses ne peuvent procéder, hors l'hypothèse des soins inopinés, que sur autorisation préalable au remboursement des frais des soins hospitaliers ou nécessitant le recours aux équipements matériels lourds, l'autorisation ne pouvant être refusée que si les soins envisagés ne figurent pas parmi ceux dont la prise en charge est prévue par la réglementation française, ou qu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en France, compte tenu de l'état du patient et de l'évolution probable de son affection ; qu'il découle des troisième et quatrième, tels qu'interprétés par la Cour de justice de l'Union européenne, qu'un Etat membre de l'Union européenne ne peut, dans l'organisation de son système de sécurité sociale, porter atteinte au principe de la libre prestation de service, celui-ci ne s'opposant pas toutefois à ce que la prise en charge de soins hospitaliers envisagés dans un établissement situé dans un autre Etat membre soit subordonnée à l'obtention d'une autorisation préalable de l'institution compétente ;

Attendu que, pour débouter M. [X...] de sa demande, le jugement retient que l'article 59 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne s'oppose à l'application de toute réglementation nationale ayant pour effet de rendre plus difficile la prestation de service dans un autre Etat membre, mais n'empêche pas que la réglementation applicable aux établissements sur le territoire français s'applique à ceux sur les territoires des autres Etats si elle a un objectif justifié ; qu'en l'espèce, l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale subordonne le remboursement des cures thermales à l'agrément conventionnel qui permet d'assurer le sérieux et l'effectivité de la cure ; qu'aucune disposition n'empêche un établissement de cure étranger de solliciter l'agrément de la sécurité sociale française ; qu'il serait en revanche contraire au principe d'égalité entre

les différents établissements que ceux situés en France soient soumis à cette obligation d'être conventionnés et non ceux situés à l'étranger ; que si un agrément analogue est prévu en Italie, la France pourrait accepter cet agrément mais il convient, d'une part, de prouver cet agrément, d'autre part, d'établir dans quelles conditions il est obtenu en Italie ; qu'il appartient à l'intéressé de justifier que l'établissement de thermes de Chianciano est agréé et conventionné, à tout le moins par l'Italie dans les mêmes conditions qu'en France ; que l'assuré produit un document en italien non traduit qui ne peut suffire à prouver que l'établissement jouit en Italie d'un agrément analogue à celui de la sécurité sociale française ;

Qu'en statuant ainsi, par des motifs inopérants, sans caractériser en quoi la cure thermale litigieuse était au nombre des soins et prestations soumis à autorisation préalable, le tribunal a violé les textes susvisés ; »

Au regard de ces éléments, il semble qu'une interprétation stricte de la notion de « traitement du cancer » pourrait être envisagée.

A l'inverse, il peut être souligné que la Cour de cassation est stricte sur les conditions dans lesquelles l'autorisation de la caisse ne peut être refusée en vertu de l'article R. 160-2, II, du code de la sécurité sociale.

Elle adopte ainsi une interprétation stricte de la condition selon laquelle la prise en charge des soins envisagés doit être prévue par la réglementation française (**2^e Civ., 6 octobre 2016, n° 15-24.176 ; 2^e Civ., 26 janvier 2023, n° 20-14.644**) et rappelle que, pour ordonner la prise en charge, les juges du fond doivent rechercher si la prise en charge des soins litigieux était prévue par la réglementation française (**2^e Civ., 17 mars 2022, n° 20-22.006 ; 2^e Civ., 10 juillet 2014, n° 12-27.892**).

** En toute hypothèse, il est nécessaire de s'interroger sur l'intensité du contrôle opéré par la Cour de cassation.*

A cet égard, notre chambre a déjà eu l'occasion de rappeler que l'opération de qualification des soins est déterminante pour l'application des textes litigieux (**2^e Civ., 20 mai 2010, n° 09-65.457, 09-12.215**, précité).

Elle opère, dès lors, un contrôle sur celle-ci (**2^e Civ., 6 octobre 2016, n° 15-19.128**, précité), qui peut parfois être lourd (**2^e Civ., 6 octobre 2016, n° 15-24.176**, précité) : « *Que de ces constatations et énonciations, procédant de son pouvoir souverain des éléments de fait et de preuve soumis aux débats, la cour d'appel a exactement déduit que les actes litigieux n'étant pas au nombre de ceux dont la prise en charge est prévue par la réglementation française, la demande de remboursement formulée par Mme [C...] devait être rejetée* »).

En revanche, les juges du fond apprécient souverainement la portée des éléments de preuve qui leurs sont soumis, par exemple, pour estimer que les certificats médicaux produits ne démontrent pas en quoi l'affection, couramment traitée en France, présentait un caractère particulier nécessitant le recours à un spécialiste étranger, la preuve n'étant pas rapportée que l'intéressé ne pouvait recevoir en France les soins appropriés à son état (**2^e Civ., 11 juillet 2005, n° 04-13.869**).

La Cour de cassation opère aussi un contrôle de la déduction des conséquences légales des constatations : ainsi, lorsque les juges du fond relèvent que l'une des conditions de prise en charge de l'acte litigieux prévues par la réglementation n'est pas remplie, de sorte que la caisse ne pouvait être tenue à rembourser les frais avancés par l'assurée, ils ne peuvent décider que le remboursement devait intervenir (**2^e Civ., 18 février 2021, n° 19-15.367**).

4.2. Considérations générales sur le traitement du cancer

Dans les Feuilletés mobiles Litec Droit médical et hospitalier³, Claudine Bergoignan Esper rappelle que le cancer colorectal est la deuxième cause de mortalité par cancer en France. Elle relève que, de bon pronostic lorsqu'il est diagnostiqué à un stade précoce, ce cancer fait l'objet d'un programme national organisé par les pouvoirs publics. Ainsi, tous les deux ans, les hommes et les femmes de 50 à 74 ans sont invités à réaliser un test de dépistage remis par leur médecin traitant (*proposition désormais dématérialisée et déposée par l'assurance maladie dans le compte ameli du patient, V. Le dépistage organisé du cancer colorectal, 2024, ameli.fr*).

Elle ajoute que ce dépistage s'articule en deux temps : la réalisation d'un test de recherche de sang dans les selles, suivie par une coloscopie en cas de positivité (2 à 3 % des cas).

La coloscopie représente actuellement l'examen de référence pour l'exploration du côlon. À l'aide d'un coloscope, le médecin gastro-entérologue peut, en effet, visualiser les structures internes du côlon et pratiquer une ablation chirurgicale de polypes ou traiter de petites lésions vasculaires si cela est nécessaire. Cet examen a donc un **but préventif, diagnostic et curatif**.

Les polypes sont de petites excroissances qui peuvent parfois dégénérer en cancer. Il est donc nécessaire de les traiter dès leur découverte. Après la résection de polypes, de nouvelles coloscopies de contrôle sont programmées.

La coloscopie peut donc intervenir à différents stades : à titre de prévention⁴, de diagnostic ou dans le traitement du cancer lui-même.

Dans un rapport de mai 2024 ([Chapitre VI : Les médicaments anti-cancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants](#)), la Cour des comptes, indique :

³ Fasc. 167-10, Exercice médical et actions de santé publique-Lutte contre le cancer, novembre 2024

⁴ L'arrêté du 1^{er} août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, mentionne, au titre des indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie : « **Prévention : Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucoséctomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale** ».

« En 2020, 433 136 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en France, portant à 3,4 millions le nombre de patients soignés chaque année. Le cancer est la première cause de décès en France (169 910 en 2022). Le cancer est la pathologie la plus onéreuse pour l'assurance maladie : son coût s'élevait à 22,5Md € en 2021 ⁵, soit 12,1 % des dépenses d'assurance maladie. »

Sur un site d'une association de consommateurs⁶, il est précisé que la prise en charge d'un cancer coûte, en moyenne, 14 600 euros par patient et par an. Mais il existe, en réalité, d'importants écarts, un traitement pouvant représenter une dépense de 72 000 euros par an et par patient ou coûter jusqu'à 300 000 euros.

En toute hypothèse, le cancer est, selon l'assurance maladie, une maladie qui nécessite un suivi et des soins coûteux prolongés. À ce titre, elle est considérée comme une affection de longue durée (ALD)⁷. Ainsi, les soins sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, sur la base du tarif de remboursement fixé par la Sécurité sociale.

4.3. Éléments du dossier

Le **mémoire ampliatif** soutient que l'arrêté du 27 mai 2014, en son article 1^{er}, 7°, n'inclut pas les actes de prévention dans « le traitement du cancer ». Il estime en effet qu'un acte de prévention, telle qu'une coloscopie, réalisée en l'absence de toute pathologie connue, ne constitue pas un « traitement du cancer ». Il rappelle que dans ses conclusions, l'assurée avait précisé ne faire l'objet d'aucun suivi oncologique, la coloscopie, réalisée en ambulatoire, ayant été effectuée dans une logique de pure prévention. Il considère ainsi que le tribunal a confondu prévention et traitement et a violé le texte susvisé, ainsi que l'article R. 160-2 du code de la sécurité sociale.

Il sollicite une cassation sans renvoi, dans l'hypothèse où le jugement serait cassé sur la première branche.

Le **mémoire en défense** réplique que l'arrêté du 27 mai 2014 n'exclut pas les soins préventifs de son champ d'application. Il souligne que toute intervention médicale oncologique est en lien avec le traitement du cancer et est donc soumise à autorisation préalable, sans qu'il y ait lieu à faire une distinction entre les soins effectués dans une perspective de prévention et les autres soins.

Il fait aussi valoir que le suivi oncologique et la coloscopie ont nécessité le recours à un équipement matériel lourd, tel que visé à l'article R. 6122-26, 1°, du code de la santé publique, à savoir, une caméra.

⁵ Données de l'assurance maladie comprenant les soins de ville, les hospitalisations dans des établissements de santé publics ou privés et les prestations en espèces (dont les indemnités journalières maladie).

⁶<https://www.quechoisir.org/actualite-nouveaux-anticancereux-des-pistes-pour-limiter-leur-prix-n131678>

⁷ article D. 160-4 du code de la sécurité sociale

Il appartiendra à notre chambre, à la lumière de ces éléments, d'apprécier le bien-fondé du pourvoi.