

DROIT DE LA PROTECTION SOCIALE

(troisième partie)

par **Laure Camaji**, Maître de conférences à l'Université Paris-Sud - IUT de Sceaux,
Anne-Sophie Ginon, Frédéric Guiomard, Maîtres de conférences
à l'Université de Paris-Ouest Nanterre - La Défense (IRERP EAC CNRS) et
Lola Isidro, Doctorante à l'IRERP, Université Paris-Ouest Nanterre-la Défense

PLAN* I. Prestations familiales – II. Risques professionnels – III. Assurance maladie – IV. Protection sociale complémentaire

* La première partie de ces chroniques est parue dans le numéro de décembre 2013, la deuxième partie dans celui de janvier 2014.

III. ASSURANCE MALADIE

SÉCURITÉ SOCIALE – Financement – Assurance maladie – Participation forfaitaire des assurés au coût d'un acte – Qualification – Affectation de ce prélèvement au financement d'un régime (non) – Travailleur transfrontalier – Application du règlement européen 1480/71 (non).

COUR DE CASSATION (2^{ème} Ch. Civ.) 10 octobre 2013

M. contre CPAM de Thionville (n° 12-22.836)

Attendu, selon l'arrêt attaqué (Metz, 9 mai 2012), que M. M., domicilié en France et exerçant son activité professionnelle au Luxembourg, a sollicité de la caisse primaire d'assurance maladie de Thionville (la caisse) le remboursement d'une consultation médicale du 18 février 2005 et d'une visite médicale du 26 mai 2005 ; que la caisse a procédé au remboursement de ces prestations, déduction faite de la participation forfaitaire d'un montant d'un euro ; que M. M., contestant le fait que cette participation demeure à sa charge dès lors qu'il paye des cotisations sociales dans son pays d'emploi, a saisi une juridiction de sécurité sociale d'un recours contre la décision de la caisse ;

Attendu que M. M. fait grief à l'arrêt de décider, après avoir déclaré n'y avoir lieu à renvoi préjudiciel devant la Cour de justice de l'Union européenne, que la participation forfaitaire d'un euro prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale n'est pas une cotisation sociale et, en conséquence, de rejeter sa demande, en sa qualité de travailleur frontalier domicilié en France et exerçant son activité professionnelle dans un autre Etat membre de l'Union européenne, tendant au remboursement de ladite participation réglée à la caisse alors, selon le moyen :

1°/ qu'il appartient à la Cour de justice de l'Union européenne de statuer, à titre préjudiciel, sur l'interprétation de textes communautaires soulevant une question sur laquelle elle ne s'est pas encore prononcée ; que la Cour de cassation doit donc poser à cette juridiction la question préjudicielle suivante, sur laquelle celle-ci ne s'est pas prononcée à ce jour : « Une pratique interne ayant pour objet de mettre à la charge des assurés sociaux une contribution de un euro ou de tout autre montant sur les soins, constitue-t-elle, au sens de l'article 13 du règlement 1408/71, une cotisation sociale ? Le fait de mettre à la charge des travailleurs frontaliers qui acquittent les cotisations sociales dans le pays d'emploi caractérise-t-il une atteinte au principe de libre circulation des travailleurs ? », et ce, par renvoi préjudiciel en application des dispositions de l'article 234 du traité CEE ;

2°/ que toute contribution affectée spécifiquement au financement du régime de sécurité sociale d'un Etat membre de l'Union européenne revêt, indépendamment de sa qualification juridique et de ses modalités de calcul ou de perception, la nature d'une cotisation de sécurité sociale soumise à l'interdiction de double prélèvement visant les personnes résidant dans un Etat membre et travaillant dans un autre Etat membre ; qu'en l'espèce, la contribution forfaitaire de l'assuré aux frais de chaque acte ou consultation médicale participant à la maîtrise des dépenses de santé de l'Etat français, est ainsi affectée spécifiquement au financement de son régime de sécurité sociale ; qu'en se fondant sur ses modalités de perception pour décider le contraire et considérer qu'elle ne constitue pas une cotisation de sécurité sociale soumise à l'interdiction du double prélèvement, la cour d'appel a violé l'article 13 du règlement européen 1408/71 du 14 juin 1971 et l'article L. 322-2 II du code de la sécurité sociale ;

Mais attendu que la participation forfaitaire que l'assuré acquitte en application de l'article L. 322-2 II du code de la sécurité sociale pour chaque acte ou consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation, ne revêt pas le caractère d'une contribution pour le financement de la sécurité sociale au sens de l'article 13 du règlement (CEE) n° 1408/71 du 14 juin 1971 modifié, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de

la Communauté, tel qu'interprété par la Cour de justice de l'Union européenne (CJCE, 15 février 2000, affaires C-169/98 et C 34/98) ;

Et attendu que l'arrêt retient que la participation forfaitaire instituée par les articles L. 322-2 II, R. 322-9-2 et D. 322-2 du code de la sécurité sociale tend à laisser à la charge d'un assuré une partie du coût d'un acte ; qu'il ne résulte ni des dispositions précitées ni de celles des articles L. 241-1 et suivants que la contribution soit affectée spécifiquement au financement d'un régime de sécurité sociale ; que ce mécanisme a été introduit dans les dispositions relatives aux prestations en nature servies au titre de l'assurance maladie afin d'inviter leurs bénéficiaires à faire preuve de responsabilité vis à vis de l'usage des soins, la part laissée à charge de l'assuré ne pouvant excéder un plafond annuel de cinquante euros ; que la seule circonstance que cette limitation des remboursements entraîne une économie pour la caisse débitrice des prestations ne peut suffire à caractériser son affectation au financement d'un régime au sens de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne ; que la participation forfaitaire constitue une retenue opérée sur le remboursement par la caisse des frais engagés par l'assuré ;

Que, de ces constatations et énonciations, la cour d'appel a déduit, à bon droit, sans qu'il y ait lieu de saisir la Cour de justice de l'Union européenne d'une question préjudicielle, que la participation forfaitaire litigieuse n'entraîne pas dans le champ d'application du règlement n° 1408/71 du 14 juin 1971, ce dont il résultait qu'elle devait être définitivement supportée par le ressortissant européen bénéficiant de la prestation à laquelle la contribution est attachée ;

D'où il suit que le moyen n'est pas fondé ;

Par ces motifs :

Dit n'y avoir lieu à renvoi préjudiciel à la Cour de justice de l'Union européenne ;

Rejette le pourvoi ;

(M^{me} Flise, prés. – M^{me} Chauchis, rapp. – M^{me} Lapasset, av. gén. – M^e Foussard, SCP Masse-Dessen, Thouvenin, Coudray, av.)

Participation forfaitaire de un euro et Union européenne

Curieux arrêt que celui rendu récemment par la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation à propos de la participation forfaitaire de un euro retenue sur deux remboursements de prestation maladie dans le cadre de prestations servies à un travailleur frontalier. Curieux, d'abord, parce que les questions posées auraient, très certainement, mérité un renvoi préjudiciel devant la Cour de justice de l'Union européenne, curieux, également, parce qu'à défaut de renvoi préjudiciel, la motivation retenue par les juges aurait mérité quelques explications, tant sur la loi applicable à ce travailleur que sur la nature juridique de la contribution forfaitaire de un euro.

Les faits se présentaient de la façon suivante : un travailleur, qui exerçait son activité professionnelle au Luxembourg, mais qui était domicilié en France, a sollicité le remboursement, auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) française (de Thionville, plus exactement), de deux prestations médicales : une consultation médicale du 18 février 2005 et une visite médicale en date du 26 mai 2005. Si la Caisse a procédé aux remboursements de ces deux prestations, elle a néanmoins soustrait du montant de ces derniers la somme forfaitaire de un euro qui est due par tous les assurés sociaux en application de l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité sociale (CSS).

Pour contester cette retenue, le travailleur frontalier invoquait son affiliation dans son pays d'emploi et

estimait que cette pratique interne, ayant pour objet de mettre à la charge de tous les assurés sociaux une contribution de un euro, constituait, au sens de l'article 13 du règlement n° 1408/71, une cotisation sociale qui portait atteinte au principe de libre circulation des travailleurs. Après avoir déclaré qu'il n'y avait pas lieu à renvoi préjudiciel devant la Cour de justice de l'Union européenne, la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation estime que « la participation forfaitaire de un euro que chaque assuré social acquitte en application de l'article L. 322-2 II du CSS pour chaque acte ou consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville (...), ne revêt pas le caractère d'une contribution pour le financement de la Sécurité sociale au sens de l'article 13 du règlement n° 1408/71 ». Elle relève, ainsi, que la participation forfaitaire constitue une retenue opérée sur le remboursement par la Caisse de frais engagés par l'assuré, de sorte que « la Cour d'appel a déduit, à bon droit, de ces constatations, que la participation forfaitaire n'entraîne pas dans le champ d'application du règlement européen, ce dont il résultait qu'elle devait être définitivement supportée par le ressortissant européen bénéficiant de la prestation à laquelle la contribution est attachée ».

Il ressort ainsi de l'arrêt rendu qu'un travailleur frontalier, qui est affilié dans son pays d'emploi et qui paie, en l'espèce, ses cotisations auprès du Grand-duché de Luxembourg, est néanmoins redevable de la retenue de un euro applicable aux prestations en nature de l'assurance-maladie qui lui sont délivrées en France. Or, on sait que, conformément aux règles

communautaires de coordination des systèmes nationaux de Sécurité sociale, la prise en charge des actes médicaux par la CPAM de Thionville donnera lieu, *in fine*, à remboursement par les institutions luxembourgeoises des sommes versées au travailleur directement auprès de la CPAM française. De sorte que les institutions de Sécurité sociale luxembourgeoises seront tenues de prendre en charge les frais engagés par leur assuré social, conformément aux lois applicables dans le pays de réalisation des prestations, c'est-à-dire avec la réduction de un euro sur chacune des prestations médicales dispensées en France.

Le raisonnement des juges du fond, qui est ici repris par la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation, propose une analyse de l'objet de la participation forfaitaire de un euro. Pour les juges, cette participation forfaitaire, instituée à l'article L. 322-2-II du CSS, n'est, selon eux, pas spécifiquement affectée au financement d'un régime de Sécurité sociale et ne peut recevoir la qualification juridique de contribution pour le financement de la Sécurité sociale au sens du droit communautaire (1). Les juges relèvent, en effet, que ce mécanisme a été introduit « *dans les dispositions relatives aux prestations en nature servies au titre de l'assurance maladie afin d'inciter leurs bénéficiaires à faire preuve de responsabilité vis-à-vis de l'usage des soins, la part laissée à la charge de l'assuré ne pouvant excéder un plafond annuel de cinquante euros* ». De sorte que « *cette participation constitue une retenue opérée sur le remboursement des frais engagés par l'assuré qui ne relève pas du règlement n° 1408/71* » (ci-dessus).

Aussi assiste-t-on à la naissance d'une nouvelle sorte de participation financière, qui n'est assimilable ni à une cotisation, ni à une contribution, au sens du droit communautaire. On serait face, comme l'indique la Cour de cassation, à « *une retenue* » forfaitaire opérée sur les prestations, retenue qui a vocation à responsabiliser les assurés sociaux dans l'usage qu'ils font des soins dispensés par l'assurance-maladie française. Cette somme, qui est directement attachée au service des prestations en nature de l'assurance-maladie, échappe aux règles

de coordination communautaire. Cette participation est donc définitivement mise à la charge des assurés sociaux français (ces prélèvements ne pouvant pas être pris en charge par les contrats de couverture complémentaires santé, qui bénéficient des exonérations fiscales et sociales des « contrats responsables »), mais aussi des travailleurs frontaliers qui ont la qualité d'assuré social dans un autre pays que leur pays de résidence. Si l'arrêt pose la question de la nature juridique des participations forfaitaires au sens du droit communautaire (1), il révèle, surtout, combien il est difficile d'appliquer la logique du parcours de soins aux situations transfrontalières (2).

1. Nature juridique de la participation forfaitaire de un euro

Devant la Cour de cassation, le requérant invoquait la règle d'unicité de la législation applicable en matière de Sécurité sociale énoncée à l'article 13 du règlement n° 1408/71, dont l'objet est, précisément, « *de garantir pour le mieux l'égalité de traitement de tous les travailleurs occupés sur le territoire d'un État membre* ». S'appuyant sur les deux arrêts rendus par la CJUE le 15 février 2000 (2) à propos de la CSG et de la CRDS, le moyen développé par le requérant faisait valoir que la pratique interne ayant pour objet de mettre à la charge des assurés sociaux une contribution de un euro caractérisait, pour les travailleurs frontaliers qui acquittent leurs cotisations sociales dans le pays d'emploi, une atteinte au principe de libre circulation des travailleurs.

Selon lui, cette participation revêtait, au sens du droit communautaire, la nature de cotisation de Sécurité sociale soumise à l'interdiction de double prélèvement visant les personnes résidant dans un État membre et travaillant dans un autre État membre. La Cour d'appel de Metz, comme la Cour de cassation, choisissent ici d'écarter purement et simplement l'application du droit communautaire en la matière. La contribution forfaitaire de un euro relève des conditions de remboursement des assurés : elle ne constitue pas une recette nouvelle

(1) V. Cass. Soc. n° 98-12469 du 15 juin 2000, selon laquelle « *Mais attendu, d'une part, que, selon l'article L. 131-6 du CSS, il est institué une contribution sociale sur les revenus d'activité des personnes considérées comme domiciliées en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu ; que l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 énonce qu'une contribution pour le remboursement de la dette sociale est ajoutée sur les revenus des personnes visées à l'article L. 131-6 précité ; qu'il résulte de ces*

dispositions, telles qu'interprétées par la Cour de justice des Communautés, qu'en raison de l'affectation sociale de ces deux contributions, celles-ci entrent dans le champ d'application de l'article 13 du règlement n° 1408-71 du 14 janvier 1971, du Conseil des Communautés, de sorte qu'elles ne s'appliquent pas aux travailleurs domiciliés en France et qui exercent leur activité dans un autre État membre ».

(2) V. CJUE, 15 fév 2000, aff. C-169/98 et C-34/98.

qui assure directement le financement de la branche maladie et ne saurait, dès lors, être qualifiée de contribution assise sur les revenus des travailleurs, comme cela a pu être décidé par la CJUE à propos de la CSG et de la CRDS. La mise à l'écart du règlement n° 14108/71 permet, en conséquence, de ne pas faire application des principes qui protègent la libre circulation des travailleurs dans l'Union européenne, et ainsi de débouter le requérant.

La deuxième Chambre civile de la Cour de cassation suit ici les juges du fond, qui ont vu, dans la participation forfaitaire de un euro mise à la charge des assurés sociaux, une technique de prélèvement nouvelle, directement connectée au service de la prestation, de sorte qu'elle constitue, pour les juges, une « retenue » attachée à la prestation servie par la Caisse : elle ne peut, dès lors, être qualifiée de prélèvement sur les revenus d'activité, comme peuvent l'être la cotisation, la CSG et la CRDS. Ce ne sont donc pas les modalités de perception de cette participation forfaitaire qui sont décisives en la matière, mais bien le « moment » du prélèvement qui est le service de la prestation.

Parce qu'elle est, en quelque sorte, « assise » sur la prestation en nature prise en charge par l'assurance-maladie, la contribution forfaitaire de un euro échappe à la qualification de contribution au financement de la Sécurité sociale au sens du droit communautaire. La Caisse soutenait, en effet, devant la Cour d'appel de Metz, que la contribution d'un euro constitue « une technique adoptée par le législateur interne tendant à la responsabilisation de l'assuré par sa participation au coût de la prestation » (3).

Et les juges du fond d'indiquer que cette participation forfaitaire est directement reliée à un acte médical ou à une consultation spécifique, qui ne grève pas les revenus d'activité ou de remplacement perçus par le travailleur à l'occasion d'une activité exercée dans un autre État membre de l'Union européenne. Cette assise sur la prestation rejoint ici la somme qui reste à la charge de l'assuré, visée cette fois-ci au I de l'article L. 322-2 du CSS, lorsque l'assuré participe, soit de façon proportionnelle, soit de façon forfaitaire, aux tarifs

servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance-maladie. La participation forfaitaire de un euro aurait la même nature juridique que le ticket modérateur en ce qu'elle reposerait sur la même logique de perception, même si ses modalités de calcul sont différentes, puisque la détermination du montant du ticket modérateur repose, quant à lui, sur la notion de service médical rendu par la prestation. À cette fin, la Caisse a soutenu que « la prestation remboursée et la participation de l'assuré constituent un acte indivisible » (4).

Le requérant, quant à lui, essayé de démontrer que la somme forfaitaire de un euro laissée à sa charge devait être assimilée à une « taxe » supplémentaire mise à sa charge, qui s'ajoute à la participation proportionnelle qui lui est déjà demandée sur le prix de base de la prestation admise au remboursement. Si le moment de perception de cette somme ne permet pas de l'assimiler à une cotisation ou, tout au moins, à une contribution qui participe au financement de la Sécurité sociale au sens du droit communautaire, il existe, néanmoins, des éléments, en particulier dans les règles de recouvrement, qui confortent l'idée qu'un prélèvement hybride, à mi-chemin entre le ticket modérateur et les contributions directes au financement du régime (cotisation, CSG et CRDS), est né.

En effet, dans le cadre d'une circulaire en date du 11 mai 2009 (5), la Direction de la Sécurité sociale précise les modalités de recouvrement de ces participations forfaitaires, notamment pour les personnes qui bénéficient du tiers-payant, puisque ces sommes forfaitaires ne peuvent pas leur être prélevées lors du remboursement de la prestation. La lecture de la circulaire révèle que l'action en recouvrement de la participation forfaitaire (6) n'obéit pas au régime de la prescription extinctive des prestations en nature de l'assurance-maladie (prescription de deux ans), mais au régime de prescription extinctive de droit commun du Code civil, qui est de cinq ans depuis l'adoption de la loi n° 2008-561 du 17 juin 2008 (7). La créance née en faveur des organismes de Sécurité sociale ne suit pas les règles des prestations en nature de l'assurance-maladie, ni les règles spécifiques de recouvrement des prestations indûment versées par les Caisses.

(3) CA Metz, Ch. Soc. 9 mai 2012, n° 08/03752.

(4) CA Metz, Ch. Soc. 9 mai 2012, préc.

(5) Circ. interministérielle n° DSS/2A/2009/128 du 11 mai 2009, relative au recouvrement par les organismes de Sécurité sociale de la participation forfaitaire et des franchises prévues

au II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

(6) Comme celle des franchises médicales.

(7) V. Loi n° 2008-561 du 17 juin 2008, portant réforme de la prescription en matière civile, J.O. du 18 juin 2008.

Si les créances relatives à la participation forfaitaire ne sont pas cumulables avec les créances de prestations, peut-on encore soutenir que l'on est face à un « *acte indivisible* » ? On s'aperçoit, en outre, qu'un régime de recouvrement autonome a été créé pour ces créances, recouvrement qui ne peut pas être, à la différence d'autres, abandonné par les Caisses (8). De sorte que ces créances n'obéissent ni au régime de recouvrement des cotisations sociales, ni au régime de recouvrement des prestations en nature de l'assurance-maladie : elles sont, en quelque sorte, une dette de l'assuré social, dont le régime juridique est spécifique et autonome de la prestation médicale à laquelle elle est directement liée.

Si elle ne grève pas directement, par une opération de prélèvement direct, les revenus d'activité des travailleurs exerçant leur activité professionnelle dans un autre pays que celui de leur résidence et si, en outre, elle obéit, par son objet, à un souci de responsabilisation de l'assuré social dans le but, comme l'a précisé le Conseil constitutionnel, de satisfaire à l'exigence à valeur constitutionnelle d'équilibre financier de la Sécurité sociale, cette contribution forfaitaire entretient un rapport ténu avec les impositions de toute nature qui correspondent à des « *prestations pécuniaires requises par voie d'autorité, à titre définitif, dans le but d'assurer la couverture des charges publiques* ». On notera que nombreux sont les auteurs qui, aujourd'hui, cherchent encore à qualifier cette contribution forfaitaire, dont l'objet est de modifier le comportement des assurés pour réduire, par la moindre consommation, les dépenses de soins des organismes de Sécurité sociale en imputant une somme fixe sur le montant des prestations remboursées. Certains y ont vu la création d'un « *ticket modérateur d'ordre public* » (9), d'autres l'apparition d'une « *franchise médicale* » (10) ou encore l'instauration d'une norme qui vise à encourager à suivre une conduite déterminée grâce à la technique législative de l'incitation (11). Admises par le Conseil constitutionnel comme des mesures qu'il « *était*

loisible au législateur de prendre afin de satisfaire à l'exigence de valeur constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la Sécurité sociale » (12), ces nouvelles contributions ne méconnaissent pas, pour le juge constitutionnel, le principe de protection de la santé si leur montant n'est pas fixé à un niveau tel qu'il remettrait en cause les exigences de l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution (13).

À ce jour, force est de constater que les « participations » de l'assuré social se sont multipliées, prenant la forme de forfaits sur lesquels les assurés ont peu de prises, sauf à ne point consommer de prestations. En effet, outre la contribution forfaitaire de un euro (14), la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 (15) a mis en place de nouvelles « franchises » (16) : 0,50 euro par unité de conditionnement pour les médicaments, 0,50 euro pour par acte médical, 2 euros pour chaque trajet de transport sanitaire, avec un plafond de 50 euros de franchise par année civile pour l'ensemble des actes concernés et un montant de franchises à acquitter par jour, qui ne pourra excéder deux euros pour les actes paramédicaux et 4 euros par jour pour les transports sanitaires (17).

Il existerait ainsi, au sein de l'article L. 322-2, deux types de retenue : celles qui ont été qualifiées de « *participation forfaitaires* », qui peuvent prendre la forme d'un ticket modérateur ou d'une contribution forfaitaire, et celles visées au III de ce même article, qui ont reçu la qualification de « *franchises annuelles* ». On sent bien que, face à cette diversité de qualifications qui, somme toute, désignent sinon des prélèvements supplémentaires, à tout le moins des moindres remboursements à la charge des assurés sociaux, la jurisprudence communautaire relative aux contributions affectées au financement des régimes de la Sécurité sociale pourrait être approfondie. Mais, plus largement, ce sont toutes les dispositions légales adoptées lors de la création du parcours de soins qui s'avèrent d'une application très délicate aux situations transfrontalières.

(8) V. les articles D. 322-3 et D. 322-9 du CSS.

(9) V. R. Pellet, *Leçons de droit social*, Sirey, spéc., p. 765.

(10) V. J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore, *Droit de la Sécurité sociale*, Précis Dalloz, 16^{ème} éd.

(11) V. A.-S. Ginon, *Le médecin traitant, révélateur des nouvelles fonctions de la protection sociale complémentaire*, RDSS 2005, n° 6, p. 911.

(12) V. décisions n° 2004-504 DC du 12 août 2004 et n° 2007-558 DC du 13 déc. 2007.

(13) V. aussi, CE 6 mai 2009, n° 312462, Dr. Ouv. 2009.570, n. A.-S. Ginon.

(14) L'assuré social est redevable d'une contribution de un euro par acte ou consultation réalisé hors hospitalisation avec un système de double plafonnement : l'assuré paie au plus un euro par jour et par professionnel de santé et au plus 50 euros par an.

(15) V. LFSS n° 2007-1786 pour 2008 du 19 déc. 2007.

(16) V. l'article L. 322-2 III du CSS.

(17) Trois catégories d'assurés sociaux sont exonérées de ces franchises : les ayants droit de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les femmes enceintes.

2. Parcours de soins coordonnés et travailleurs frontaliers

Pour les prestations en nature de l'assurance-maladie, les règles de coordination communautaire paraissent assez simples : l'assuré social bénéficie des prestations en nature dans l'État de résidence, dans les limites et les modalités prévues par la législation que celui-ci applique. Il s'agit, ici, de mettre en œuvre le principe d'égalité de traitement avec les affiliés qui se trouvent sur le territoire de résidence et de permettre à chaque assuré, quel que soit son lieu d'affiliation ou de résidence, de pouvoir accéder à des soins dans l'Union européenne. Les mesures prises dans le cadre de la loi du 13 août 2004, telles la désignation d'un médecin traitant pour tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans et plus, celle des majorations de participation et de dépassement du tarif conventionnel, ne sont pas d'application aisée face à des situations de travailleurs frontaliers.

L'organisation par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, *portant réforme de l'assurance maladie*, d'un parcours de soins coordonnés (18), dans le but de responsabiliser les assurés sociaux dans leur consommation de soins, a nécessité l'adoption de précisions pour leur application aux ressortissants communautaires, dès lors que ce parcours n'est, d'une part, pas applicable aux situations d'urgence et, d'autre part, non applicable lorsque les consultations se font en dehors du lieu de résidence stable ou durable de l'assuré. Ainsi, deux circulaires successives (19) sont intervenues pour expliciter les modalités d'application, et surtout de non-application, du parcours de soins pour les ressortissants communautaires.

La dernière circulaire, en date du 4 octobre 2010, rappelle ainsi que « *l'application du parcours de soin reste globalement liée à la résidence* » (20), de sorte qu'un assuré d'un régime d'un autre État membre de l'Union européenne qui réside en France, tels les pensionnés, les travailleurs frontaliers et, dans certains cas, les détachés, doivent pleinement s'inscrire dans le parcours de soins. Ils sont, notamment, tenus de désigner un médecin traitant et de le consulter avant de se rendre chez un

spécialiste (hors spécialistes dont l'accès est direct), pour bénéficier d'un remboursement optimal et d'un tarif de consultation non majoré. Au titre des règlements n° 1408/71 et n° 574/02 de coordination des régimes de Sécurité sociale, ces assurés vont ainsi bénéficier des prestations en nature servies par l'assurance-maladie française, selon les règles applicables en France, mais pour le compte de leur État d'affiliation, qui remboursera ensuite la France des frais exposés. En revanche, les assurés d'un régime français qui reçoivent des soins dans l'état de séjour ne sont pas tenus de respecter le parcours de soins coordonnés : il est ainsi précisé que « *les dispositions de moindre remboursement et de dépassement d'honoraires autorisés ne doivent pas leur être appliquées* » (21).

Mais il est aussi envisagé le cas d'un assuré qui habite et travaille en France, à proximité d'une frontière, pour qu'il peut devenir plus intéressant pour lui de consulter, comme l'y autorise la jurisprudence de la CJUE relative à la libre prestation de service et à la libre circulation des marchandises en matière de soins, un spécialiste installé de l'autre côté de la frontière, sans passer par son médecin traitant. Dans ce cas, et hors l'hypothèse de l'urgence, la circulaire de 2005 indique que les dispositions prévues en cas de non-respect du parcours de soins (moindre remboursement et dépassement d'honoraires) doivent être appliquées. Les circulaires ont ainsi tenté de répertorier les situations dans lesquelles les dispositions du parcours de soins devaient être appliquées. On sent bien qu'appliquer des normes de comportement lors de l'usage des prestations en nature de l'assurance-maladie ne va pas de soi pour les assurés qui circulent dans l'Union européenne.

La mise en œuvre, au plan communautaire, de l'idée d'une responsabilisation des assurés sociaux dans l'usage qu'ils font des soins qui leur sont dispensés par les systèmes nationaux met une fois de plus en évidence la confrontation entre ces deux mondes : celui dans lequel l'utilisateur d'un service public peut être soumis à des contraintes financières nationales fortes pour la prise en charge de ses prestations, et celui dans lequel le patient, en tant que bénéficiaire d'une prestation de service, est

(18) V. l'article L. 162-5-3 du CSS.

(19) V. Circ. DSS/DACI/2005/275 du 27 mai 2005, *relative aux conditions d'inscription dans le parcours de soins des assurés d'un régime étranger recevant des soins en France et des assurés d'un régime français recevant des soins à l'étranger*. ; V. aussi la Circ. DSS/DACI/2010/363 du 4 oct.

2010, *relative à l'entrée en application des nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 et 987/2009 de coordination des systèmes de Sécurité sociale : dispositions maladie et maternité* (circulaire R. 883, n° 4.)

(20) V. Circ. DSS/DACI/2010/363 du 4 oct. 2010.

(21) V. Circ. DSS/DACI/2005/275 du 27 mai 2005, *spéc.*, p. 5.

libre de ses choix (22). Ces mesures financières, qui pèsent désormais toujours sur l'utilisateur, méritent, en effet, d'être discutées, car elles portent souvent sur des prestations pour lesquelles les assurés ont peu de prises (est souvent cité l'exemple du forfait journalier hospitalier) (23) et prennent la forme, en quelque sorte, d'une redevance payée à chaque usage du service de soins.

Désormais, et sans que ces « retenues forfaitaires » sur les prestations n'aient pu recevoir la qualification de contributions affectées au financement de la Sécurité sociale au sens du droit communautaire, le législateur a trouvé de nouvelles sources de

financement des dépenses de soins. Trouver un moyen juridique pour rendre compte de ces techniques nouvelles de co-paiement par l'assuré lors de l'usage qu'il fait des soins remboursables permettrait de déterminer son niveau de participation (*solidaire*) à l'équilibre financier d'un système de Sécurité sociale, et de donner une substance certaine à l'article 1^{er} de la loi du 13 août 2004, qui n'hésite pas à proclamer que « *chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie* » (24).

Anne-Sophie Ginon

(22) V. P. Mavridis, La libre circulation des patients : la boucle est-elle bouclée ?, LPA 13 juin 2008, n° 119, pp. 4-24, selon lequel « *Malgré leur territorialité, les systèmes de santé et de Sécurité sociale se trouvent, surtout depuis l'achèvement du marché intérieur, dans l'œil du cyclone : ils sont, en fait, au cœur d'un délicat exercice consistant à rechercher le juste équilibre entre les libertés économiques et la protection sociale. Autrement dit, le défi actuel est de concilier, d'une part, les règles du marché prévus par le Traité CE (les quatre libertés et la concurrence), et, d'autre*

part, la volonté naturelle des États membres de maintenir, en faveur de leurs ressortissants, des structures sociales financièrement viables, accessibles à tous et organisées rationnellement de telle sorte à pouvoir constamment garantir une offre de soins variés et de qualité ».

(23) V. P.-L. Bras et D. Tabuteau, *Les assurances maladies*, Que sais-je ?, n° 3942, PUF, spéc., p.86.

(24) V. l'article L. 111-2-1 du CSS.

IV. PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

CONVENTIONS ET ACCORDS COLLECTIFS – Egalité de traitement – Respect – Prévoyance – Prise en charge patronale de la totalité de la cotisation – Avantage excluant les non-cadres – Justifications – Particularités des régimes de prévoyance – Objectif de solidarité – Egalité de traitement limitée à une même catégorie professionnelle.

COUR DE CASSATION (Ch. Soc.) 13 mars 2013
Société Générale de logistique contre **Aldehuelo** (pouvoi n° 11-20.490)

Vu le principe d'égalité de traitement ;

Attendu, selon les jugements attaqués rendus en dernier ressort, que la société Générale de logistique a, par décision unilatérale, mis en place au bénéfice de ses salariés une mutuelle d'entreprise avec un financement différent selon les catégories professionnelles, l'employeur prenant en charge l'intégralité des cotisations dues par les cadres et agents de maîtrise, mais seulement 60 % de celles dues par les autres catégories de son personnel ; que des salariés exclus de la prise en charge intégrale des cotisations mutualistes, invoquant le principe d'égalité de traitement, ont saisi le juge prud'homal de demandes tendant au remboursement des contributions supportées par eux ;

Attendu que pour condamner l'employeur à verser aux salariés à la charge desquels était mise une partie des cotisations une somme au titre d'un rappel de mutuelle, les jugements retiennent que la seule différence de catégorie professionnelle ne peut justifier en elle-même une différence de traitement et que l'employeur se borne à alléguer, pour justifier la différence de traitement entre les cadres et les non cadres dans le régime de prévoyance qu'il avait mis en place, une volonté d'attirer et de fidéliser les cadres, sans produire d'élément étayant cette affirmation et sans s'expliquer sur la pertinence du moyen choisi pour atteindre cet objectif ;

Attendu cependant qu'en raison des particularités des régimes de prévoyance couvrant les risques maladie, incapacité, invalidité, décès et retraite, qui reposent sur une évaluation des risques garantis, en fonction des spécificités de chaque catégorie professionnelle, prennent en compte un objectif de solidarité et requièrent dans leur mise en œuvre la garantie d'un organisme extérieur à l'entreprise, l'égalité de traitement ne s'applique qu'entre les salariés relevant d'une même catégorie professionnelle ;

Qu'en statuant comme il a fait, le conseil de prud'hommes a violé le principe susvisé ;

Par ces motifs :

Casse et annule, dans toutes leurs dispositions, les jugements rendus le 27 avril 2011, entre les parties, par le conseil de prud'hommes de Melun ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant lesdits jugements et, pour être fait droit, les renvoie devant le tribunal d'instance de Fontainebleau ;

(M. Bailly f.f. prés. – M. Béraud, rapp. – M. Weissmann, av. gén. – SCP Gatineau et Fattaccini, SCP Lyon-Caen et Thiriez, av.)

L'égalité de traitement des salariés en matière de protection sociale complémentaire d'entreprise

De nombreux auteurs et praticiens s'interrogeaient sur la portée de l'exigence d'égalité de traitement des salariés en matière de protection sociale complémentaire d'entreprise. La Cour de cassation prend position dans les quatre arrêts rapportés (25). Selon la Cour, « *en raison des particularités des régimes de prévoyance couvrant les risques maladie, incapacité, invalidité, décès et retraite, qui reposent sur une évaluation des risques garantis, en fonction des spécificités de chaque catégorie professionnelle, prennent en compte un objectif de solidarité et requièrent dans leur mise en œuvre la garantie d'un organisme extérieur à l'entreprise, l'égalité de traitement ne s'applique qu'entre les salariés relevant d'une même catégorie professionnelle* ».

La lecture de cet attendu de principe est déroutante. Dans ces arrêts, la Cour de cassation fait le choix de restreindre la portée de l'exigence d'égalité de traitement des salariés au périmètre de la catégorie professionnelle ; l'égalité de traitement est ainsi, en grande partie, écartée du droit de la protection sociale complémentaire d'entreprise. Or, les justifications avancées par la Cour ne convainquent pas, comme le soulignent plusieurs auteurs. En premier lieu, contrairement à ce que soutient la Cour de cassation, les garanties de prévoyance d'entreprise ne reposent pas sur « l'évaluation des risques garantis en fonction des spécificités de chaque catégorie professionnelle ». En effet, les organismes assureurs tiennent compte de la démographie de la branche ou de l'entreprise, du nombre de femmes et d'hommes, de l'exposition à des risques professionnels, mais pas des catégories professionnelles (26). En deuxième lieu, la Cour de cassation fait un contresens à propos de l'objectif de solidarité inhérent à tout système de protection sociale. Si la solidarité est de mise dans les garanties collectives d'entreprise, elle n'a de sens qu'au regard du périmètre d'application de la garantie, c'est-à-dire au niveau de l'entreprise ou de la branche. En d'autres termes, si les garanties collectives mettent en

œuvre une solidarité, il s'agit nécessairement d'une solidarité professionnelle. L'objectif de solidarité ne justifie donc pas le traitement différencié des catégories professionnelles (27). Bien au contraire, il plaide plutôt pour l'exclusion de telles différences de traitement au sein du périmètre d'application de la garantie (28). Enfin, le dernier argument n'est pas plus pertinent : on ne voit pas pourquoi la technique de gestion de la garantie par un tiers, obligatoire depuis la loi Evin de 1989, justifierait le caractère catégoriel de l'avantage (29).

Les arguments juridiques ne justifient donc pas le choix de la Cour de cassation. Pour comprendre ces décisions (à défaut de les approuver), il faut considérer que la solution s'explique en opportunité. En effet, depuis plusieurs années, la Cour de cassation donne une grande portée à l'exigence d'égalité de traitement des salariés. Celle-ci dépasse désormais le cadre de l'adage « à travail égal salaire égal » pour transcender les catégories professionnelles au sein de l'entreprise. Les avantages catégoriels sont aujourd'hui suspects : selon la Cour de cassation, ils ne peuvent être justifiés que par les spécificités de la catégorie professionnelle concernée, par exemple les « conditions d'exercice des fonctions », « l'évolution de carrière » ou « les modalités de rémunération » (30). Appliquée à la protection sociale complémentaire, cette solution conduit à remettre en cause la plupart des couvertures sociales mises en place dans les entreprises. En effet, ces couvertures sociales distinguent, le plus souvent, les avantages en fonction des catégories professionnelles. Le contenu des garanties et le financement différent aussi, notamment, selon le niveau de rémunération. Or, aucun des critères dégagés par la Cour de cassation ne permet d'expliquer ces différences de traitement dans la protection sociale complémentaire d'entreprise (31). Les spécificités des catégories professionnelles ne justifient pas les différences de traitement en matière de santé, de prévoyance, ni même en matière de retraite supplémentaire ; l'enjeu est d'ailleurs particulièrement fort pour ces dernières couvertures, puisque les différences de traitement relaient les

(25) L'arrêt reproduit ci-dessus est PBR, v. auparavant sur ce même arrêt Dr. Ouv. 2013, p. 402, obs. J.-M. Bagnard ; les autres décisions sont inédites (n° 11-23.761, 11-13.645, 10-28.022).

(26) Voir B. Serizay, J.-F. Césaro, « L'égalité sans le juge », SSL 2013, n° 1576 ; F. Kessler, « Égalité et protection sociale complémentaire », RDSS 2013.392.

(27) V. B. Serizay, J.-F. Césaro, préc. et F. Kessler, préc.

(28) Sur le sens de la solidarité dans les garanties collectives de branche et d'entreprise, v. J. Barthélémy, « Clauses de désignation et droit de la concurrence », Dr. Soc. 2011.853.

(29) V. en ce sens, B. Serizay, J.-F. Césaro, préc. et F. Kessler, préc.

(30) Cass. soc. 8 juin 2011, *Novartis et Sopaform*, nos 10-14.725, 10-11.933 et 10-13.663, Dr. ouvr. 2011, p. 618, n. K. Hamoudi, à propos d'une prime d'ancienneté réservée aux cadres et d'indemnités de licenciement et de préavis supérieures pour les cadres par rapport aux Etam.

(31) V. E. Andréo, L. Lautrette, S. Ogez, « L'égalité de traitement à l'épreuve de la protection sociale complémentaire », Les cahiers du DRH, n° 200, 2013.

distinctions entre les cadres et les non-cadres dans les régimes AGIRC et ARRCO. Dès lors, en pratique, la solution adoptée par la Cour de cassation revient à ne pas remettre en cause les couvertures sociales d'entreprise et de branche existantes. La Cour a ainsi manifestement entendu le point de vue de nombreux praticiens (32), et elle s'est sans doute placée dans la perspective de la prochaine généralisation des couvertures complémentaires santé attendue au 1^{er} janvier 2016 (33). La position adoptée dans les arrêts du 13 mars 2013 est donc empreinte de pragmatisme, à défaut d'être correctement justifiée.

Cependant, l'apparente simplicité de cette solution cache des difficultés d'interprétation.

Une première incertitude concerne les types de couverture sociale visés par la Cour de cassation. La Cour précise que la solution s'applique aux « *régimes de prévoyance couvrant les risques maladie, incapacité, invalidité, décès et retraite* », sans mentionner d'autres risques pourtant couverts par les garanties collectives d'entreprise, notamment les risques dépendance et chômage. Toutefois, il convient de ne pas donner trop d'importance à cette rédaction maladroite : tous les risques sociaux sont vraisemblablement concernés (on pourrait d'ailleurs relever une autre impropriété : le terme « régime » n'est pas adapté aux garanties collectives d'entreprise, (34)). De la même façon, la Cour de cassation n'indique pas si la solution qu'elle retient s'applique quelle que soit la nature juridique de l'acte fondateur de la garantie collective (acte unilatéral de l'employeur ou acte négocié). Toutefois, il serait incompréhensible de distinguer en fonction de la nature juridique de cet acte. Il faut certainement convenir que la solution de la Cour de cassation vise toutes les garanties collectives d'entreprise, quel que soit leur acte fondateur.

D'autres imprécisions sont davantage problématiques. On peut ainsi s'interroger sur le périmètre d'application du principe d'égalité de traitement. En effet, en quoi consiste une « catégorie professionnelle » ? Cette précision est évidemment capitale pour les négociateurs des garanties collectives d'entreprise. Sur ce point, les arrêts rapportés apportent peu d'éléments. Tout au plus, les espèces suggèrent que la Cour de cassation

visait au premier chef la distinction entre cadres et non-cadres. Plus largement, on peut penser que l'expression « catégorie professionnelle » se rapporte aux catégories classiques retenues dans le Code du travail (ouvriers, employés, agents de maîtrise, cadres). Cependant, en pratique, les négociateurs des garanties collectives d'entreprise recourent à d'autres distinctions, notamment aux classifications conventionnelles de branche et aux tranches de rémunération retenues par les régimes AGIRC et ARRCO (tranches A, B, C et D). Si le premier critère peut cerner une « catégorie professionnelle », tel n'est pas le cas du second. L'usage de ce dernier critère semble ainsi compromis, sauf si la Cour de cassation le valide par un arrêt ultérieur (35).

La solution retenue par la Cour de cassation est donc faussement simple, et la portée de l'exigence d'égalité de traitement demeure incertaine en matière de protection sociale complémentaire d'entreprise. On évoquera deux enjeux majeurs.

Le premier enjeu concerne l'articulation entre la solution adoptée par la Cour de cassation dans ces arrêts et les exigences du décret du 9 janvier 2012. En effet, l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale exonère de cotisations sociales les contributions patronales qui financent des couvertures sociales d'entreprise, à la condition que ces couvertures bénéficient « *à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux, sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'État* ». Le décret du 9 janvier 2012 définit la notion de « catégories de salariés » à l'aide de critères et de présomptions. Or, la notion de « catégorie professionnelle », retenue par la Cour de cassation dans les arrêts rapportés, et celle de « catégories de salariés », définie par le décret du 9 janvier 2012, semblent ne pas tout à fait se recouper (36).

Le second enjeu est relatif à la manière dont sont considérées les couvertures sociales complémentaires d'entreprise. Dans les arrêts rapportés, la Cour de cassation suggère que la solution est justifiée par l'objet des avantages : l'exigence d'égalité de traitement n'aurait vocation à s'appliquer que dans le cadre restreint de la catégorie

(32) V. le dossier publié dans la revue *Semaine Sociale Lamy*, n° 1530, mars 2012.

(33) ANI du 11 janv. 2013 et art. 1^{er} de la loi du 14 juin 2013.

(34) V. sur ce point J. Barthélémy, « Le contrat collectif de protection sociale », *Les cahiers du DRH*, n° 120, 2006.

(35) Le Conseil d'État a d'ailleurs considéré que ce critère ne violait pas le principe d'égalité, CE 15 mai 2013, n° 357479 ; JCP S 2013, n° 30, p. 41, n. N. Jean-Marie ; SSL 2013, n° 1586, p. 2, n. B. Dorin.

(36) Sur cette question, v. M. Hallopeau, P. Klein, « Les particularités de l'égalité de traitement en matière de protection sociale complémentaire », JCP S n° 14, 2 avr. 2013, 1145.

professionnelle, du fait qu'il s'agit d'avantages de protection sociale et non d'avantages salariaux. Ce raisonnement ne résiste pas à l'analyse. En effet, en premier lieu, les garanties collectives d'entreprise sont bien des avantages salariaux, dans la mesure où elles sont justifiées par la relation contractuelle unissant l'employeur et le salarié. En second lieu, le fait d'invoquer la spécificité des dispositifs de protection sociale au regard du principe d'égalité manque de pertinence. En effet, les principes d'égalité et de non-discrimination ont vocation à s'appliquer en matière de protection sociale. Leur mise en œuvre est encadrée par la notion de service public (37). Enfin, bien que la portée de l'exigence d'égalité de traitement ait été réduite au périmètre de la catégorie professionnelle, il est très probable que la Cour de cassation soit conduite à sanctionner certaines inégalités de traitement. Par exemple, les inégalités entre les salariés d'établissements distincts demeureront, sans doute, injustifiées, la Cour de cassation condamnant cette inégalité depuis

plusieurs années en matière de protection sociale complémentaire d'entreprise (38). De même, il y a tout lieu de penser que l'argument de la discrimination indirecte pourra être invoqué en justice, lorsque le recours à des distinctions catégorielles masquera une discrimination indirecte en raison du sexe ou en raison de l'âge (39). En conclusion, l'égalité de traitement entre salariés a vocation à s'appliquer en matière de protection sociale complémentaire d'entreprise. On peut, dès lors, regretter la solution adoptée par la Cour de cassation. En effet, les juges sont conduits à suggérer qu'un avantage salarial peut avoir la portée d'un dispositif de service public. La Cour s'inscrit ainsi dans le sillage d'une évolution dangereuse, orchestrée par le législateur avec l'aval des partenaires sociaux, qui tend à faire de la protection sociale complémentaire d'entreprise le substitut de la Sécurité sociale. On ne saurait assez répéter que cette évolution constitue un dévoiement de l'idée même de protection sociale.

Laure Camaji

(37) R. Lafore, « L'égalité en matière de sécurité sociale », RDSS 2013.379.

(38) V. Cass. Soc. 27 mai 2009, n° 08-41391 (troisième moyen).

(39) V. sur ce point, M. Mercat-Bruns, « La personne au prisme des discriminations indirectes », Recueil Dalloz, 2013.2475, et les arrêts Cass. Soc. 6 juin 2012, n° 10-21.489 et Cass. 2^e Civ. 3 juill. 2012, n° 10-23013.

SANTÉ AU TRAVAIL ...VOUS AVEZ LE DROIT

par Franck HEAS



editionsdescitoyens@gmail.com
collectif.ei@gmail.com
ISBN : 979-10-90636-15-6 – 10 euros

La santé est un enjeu essentiel au travail, car en étant recruté, le salarié s'engage physiquement dans l'exécution du contrat de travail et la fourniture d'une prestation de nature professionnelle.

La notion de santé au travail doit être entendue au regard de l'exigence générale d'une nécessaire protection de la santé des travailleurs dans l'entreprise. L'environnement du travail ne doit aucunement concourir ou être à l'origine d'une dégradation de l'état physique et moral du salarié. L'enjeu ne doit pas être de perdre sa vie à la gagner. Très largement, la sécurité physique et mentale au travail se justifie par des considérations humanistes (protection de la santé humaine et de l'individu), et même par des considérations économiques (entretien, maintien et renouvellement de la main-d'œuvre sur le marché du travail). D'une approche objective et quantifiée de l'environnement de travail, fondée sur une réglementation pointilleuse et technique de l'hygiène et de la sécurité, le droit du travail évolue vers une meilleure prise en compte (subjective) de la personne et de sa santé : les réflexions relatives aux risques psychosociaux (la santé mentale pour faire simple) mais aussi à la souffrance, à la pénibilité, au vieillissement des travailleurs ou à la reconnaissance en attestent incontestablement. Le droit de l'hygiène et de la sécurité dans l'entreprise a ainsi évolué vers un droit de la santé du travailleur.

Cet ouvrage fait le point en 27 questions-réponses sur les règles essentielles intéressant la santé au travail.

par Franck HEAS, Maître de conférences à l'Université de Nantes