

Paris, le 19 novembre 2020

Décision du Défenseur des droits n°2020-034

La Défenseure des droits,

Vu l'article 71-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 ;

Vu la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits ;

Vu le décret n° 2011-904 du 29 juillet 2011 relatif à la procédure applicable devant le Défenseur des droits ;

Vu l'article 20-1 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;

Vu l'article 52-1 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 relative au financement de la sécurité sociale pour 2008 ;

Saisie par Madame X qui estime avoir subi un préjudice du fait de la récupération globale par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Y des participations forfaitaires et franchises dues au titre des années 2014 à 2019 ;

Prend acte de l'intervention du Directeur de la CPAM de Y afin que soit proposé à Madame X, en cas de difficultés financières persistantes, la mise en place d'un échéancier plus progressif ;

Décide, néanmoins, de recommander à la CPAM de Y de se conformer à la réglementation applicable en matière de récupération des participations forfaitaires et des franchises en cessant toute récupération globale sur plusieurs années, y compris dans le respect des règles de prescription ;

Demande à la CPAM de Y de rendre compte des suites données à la recommandation formulée ci-dessus dans un délai de deux mois à compter de la date de notification de la présente décision.

Claire HÉDON

Décision portant recommandation en application de l'article 25 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011

Le Défenseur des droits a été saisi le 23 octobre 2019 de la réclamation de Madame X concernant les modalités de remboursement des participations forfaitaires et franchises mises en œuvre par la CPAM de Y.

Faits et procédure d'instruction :

Madame X a été invitée par la CPAM de Y à rembourser la somme de 101,50 euros au titre des participations forfaitaires et de franchises dues pour la période allant de 2014 à 2019.

Si Madame X n'a pas contesté devoir cette somme, elle s'est, toutefois, étonnée des modalités de cette récupération réalisée en une seule fois, alors qu'elle est demeurée sans nouvelles de l'organisme durant cinq années et qu'elle pouvait être recouvrée à la fin de chaque année civile, comme le préconise la circulaire interministérielle DSS/2A n° 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.

Ce remboursement a placé Madame X dans une situation financière délicate au regard de la modicité de ses revenus.

C'est dans ces conditions qu'elle a sollicité l'intervention du Défenseur des droits.

Le Défenseur des droits a alors, par l'intermédiaire du service de la médiation, pris l'attache de la CPAM de Y le 22 novembre 2019 afin de solliciter des explications quant aux modalités de recouvrement des participations forfaitaires et franchises médicales.

Par courriel du 9 décembre 2019, la CPAM de Y a indiqué, que compte tenu des faibles montants que ces participations pouvaient représenter au regard des coûts de gestion occasionnés, l'organisme avait la faculté de demander un remboursement globalisé des sommes dues à la fin de chaque année civile mais également sur plusieurs années dans le strict respect des règles de prescription.

Le Défenseur des droits a sollicité la Direction de la sécurité sociale (DSS) et de son bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé le 5 février 2020 qui, par courriel du 11 février 2020, a confirmé que la circulaire DSS/2A du 11 mai 2009 ne prévoyait pas la possibilité pour les caisses de globaliser les sommes à recouvrer sur plusieurs années.

Elle a également souligné que la Cour de cassation, dans un arrêt du 8 novembre 2012, a eu l'occasion de rappeler la nécessité d'un envoi, au moins annuel, d'un avis de sommes à payer en application de la circulaire précitée.

Le 16 juillet 2020, le Défenseur des droits a adressé à l'organisme mis en cause une note récapitulant les éléments de fait et de droit en considération desquels il estimait que cette récupération globale des sommes dues par Madame X, mais également par d'autres assurés placés dans la même situation, portait atteinte à leurs droits d'usagers du service public en ce que la circulaire susmentionnée et la jurisprudence de la Cour de cassation n'étaient pas appliquées, leur causant un préjudice constitué par une précarisation financière liée au recouvrement d'une somme d'argent en une seule fois et non en plusieurs.

Par courrier en date du 9 septembre 2020, le Directeur de la CPAM de Y a maintenu sa position et indiqué que « *Le fait que la caisse regroupe, dans un seul avis de sommes à payer l'ensemble des participations forfaitaires et les franchises dues sur la période de prescription est en totale conformité avec la réglementation actuelle* ».

Il a précisé qu' « *aucune disposition du code de la sécurité sociale n'établit d'obligation pour l'assurance maladie de recouvrer annuellement les créances de participations forfaitaires et de franchise* » et que « *rien n'interdisait non plus de globaliser les créances des assurés, seule la prescription applicable à l'action en recouvrement fixant une limite légale maximale à cette globalisation* ».

Il a ajouté que l'arrêt de la Cour de cassation du 8 novembre 2012, visé par la DSS, n'avait pas considéré comme illégal le fait pour une caisse de regrouper sur plusieurs années de créances de participations forfaitaires et de franchises dans un même avis de sommes à payer mais uniquement le fait que la caisse ne propose pas l'assuré ayant de faibles ressources un échelonnement de sa dette dans le cadre d'un recouvrement cumulé sur plusieurs années.

A cet égard, l'organisme a indiqué qu'une proposition d'échelonnement de la dette par tranches de 50 euros avait directement été soumise à l'assurée sans demande préalable de sa part et qu'en ce sens, la présente procédure avait respecté la jurisprudence de la Cour de cassation et les préconisations de la circulaire DSS/2A du 11 mai 2009.

Enfin, le Directeur de la CPAM a informé le Défenseur des droits de la mise en place éventuelle d'un échéancier plus progressif en cas de difficultés financières persistantes de l'assurée.

Analyse juridique :

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

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

La circulaire interministérielle DSS/2A du 11 mai 2009, ayant pour objet de préciser les modalités de récupération, par les organismes d'assurance maladie, de la participation forfaitaire et de la franchise, précise qu'en principe, ces sommes sont déduites du remboursement des actes, consultations ou produits de santé concernés.

Dans le cas où l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, les sommes peuvent, toutefois, être versées directement par l'assuré ou être récupérées par la caisse sur les prestations à venir.

En cas d'impossibilité pour la caisse de récupérer les participations sur les remboursements à venir, le paiement peut être réclamé par celle-ci avec l'envoi d'un avis des sommes à payer à l'assuré.

A ce titre, lorsqu'il s'agit de recouvrer de faibles montants de participations, l'organisme d'assurance maladie peut globaliser le remboursement des sommes à la fin de chaque année civile.

Enfin, il résulte de ladite circulaire que la participation forfaitaire et la franchise n'étant pas des prestations en espèce d'assurance maladie, cette action en recouvrement est soumise au délai de prescription de droit commun fixé par l'article 2224 du code civil à 5 ans.

En l'espèce, Madame X est annuellement redevable de participations forfaitaires et de franchises d'un faible montant, à savoir 101,50 euros au titre des années 2014 à 2019.

Il n'est pas contesté que ni le code de la sécurité sociale, ni la circulaire précitée n'obligent les organismes d'assurance maladie à recouvrer annuellement les créances de participations forfaitaires et de franchises.

Il n'est pas davantage contesté par le Défenseur des droits que la circulaire DSS/2A du 11 mai 2009 autorise les organismes d'assurance maladie, en présence de participations forfaitaires et franchises de faible montant et pour minimiser les coûts de gestion, à regrouper les créances et à procéder à un recouvrement globalisé des sommes dues.

Il convient cependant de relever que la circulaire DSS/2A du 11 mai 2009 prévoit que, dans le cas où l'organisme décide d'user de toute sa latitude dans la gestion de ses créances de participations forfaitaires et de franchises de faible montant et, ainsi, de procéder à un recouvrement globalisé, cette demande doit être faite à l'assuré « *à la fin de chaque année civile* » (§2-2-1 de la circulaire).

Il en résulte que, contrairement à ce que soutient la CPAM de Y, la circulaire n'autorise pas les caisses à globaliser les sommes dues au titre des participations forfaitaires et franchises sur plusieurs années dans la limite de la prescription quinquennale.

Cette pratique de la CPAM de Y ne repose, ainsi, sur aucun fondement légal, réglementaire ou conventionnel.

Au surplus, cette pratique revient à faire peser unilatéralement sur l'assuré des considérations de gestion et de coût internes à la CPAM de Y dont il n'a pas à connaître.

La Direction de la sécurité sociale a confirmé cette analyse, qui a été celle de la Cour de cassation qui a jugé qu'il appartenait aux caisses de transmettre annuellement à l'assuré un avis de sommes à payer lorsque celles-ci sont globalisées (Civ.2^e, 8 novembre 2012, n°11-25.409).

En effet, et contrairement à ce que soutient la CPAM de Y, la Cour de cassation a, dans l'arrêt susvisé, rejeté le pourvoi d'une CPAM condamnée par un tribunal des affaires de sécurité sociale à verser à un assuré des dommages-intérêts pour avoir procédé au recouvrement de quatre années successives de participations forfaitaires et de franchises, en violation de la règle de demande globalisée de remboursement et de recouvrement de la participation forfaitaire et de la franchise à la fin de chaque année civile. La cour a estimé que la caisse avait commis une faute dont elle devait réparation, la somme réclamée à ce titre à l'assuré, rapportée à ses revenus mensuels, le plaçant dans une situation insoluble pour le paiement réclamé. Elle a également relevé l'existence d'un lien de causalité entre le retard de la caisse à réclamer la participation forfaitaire et les franchises et le préjudice subi par l'intéressée du fait de cette faute.

Si en l'espèce, le Défenseur des droits prend acte de la proposition faite par la CPAM de Y à Madame X d'un échelonnement de sa dette à hauteur de 50 euros par mois, il résulte des éléments en notre possession qu'aucun avis des montants dus annuellement n'a été transmis à Madame X de 2014 à 2019 comme le prévoit la circulaire précitée.

Sur ce point, le Directeur de la CPAM estime s'être conformé aux préconisations de la circulaire dans la mesure où les participations forfaitaires et franchises dues figurent sur les différents relevés de remboursement adressés à l'assurée.

Il ressort toutefois des termes de la circulaire, que le seul envoi par la caisse de relevés de remboursement précisant le montant des participations forfaitaires et franchises dues, ne saurait à lui seul se substituer à un avis de sommes à payer.

L'envoi de relevés de remboursement n'a, à la différence de l'avis de sommes à payer, pas vocation à informer l'assurée de la mise en œuvre par l'organisme de modalités particulières de recouvrement de créance, mais seulement à l'informer du détail de prise en charge de ses soins par l'assurance maladie.

Enfin, la seule proposition d'un échelonnement de dette soumise à Madame X, sans que lui soit notifiée *a minima* annuellement les sommes dues, ne saurait rendre conforme à la circulaire précitée et à la jurisprudence de la Cour de cassation la procédure de recouvrement mise en œuvre par la CPAM de Y.

Par conséquent, la Défenseure des droits :

- Prend acte de l'intervention du Directeur de la CPAM de Y dans le dossier de Madame X afin que lui soit proposée, en cas de difficultés financières persistantes, la mise en place d'un échéancier plus progressif ;
- Recommande à la CPAM de Y de se conformer aux règles applicables en matière de récupération des participations forfaitaires et des franchises en cessant toute récupération globale des sommes dues sur plusieurs années, y compris dans le délai de prescription ;
- Demande à la CPAM de Y de rendre compte des suites données à cette recommandation, dans un délai de deux mois à compter de la date de notification de la présente décision.

Claire HÉDON