

Paris, le 31 août 2023

Décision du Défenseur des droits n°2023-175

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 les articles L.161-1-4, L. 321-2, R. 321-2 et D. 323-2 et R. 323-12 du code de la sécurité sociale du code de la sécurité sociale ;

Vu les articles L.113-13, L.114-8 et L.114-9 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 1218 du code civil ;

Saisie par Monsieur X, d'une réclamation relative au refus de prise en charge par la Caisse primaire d'assurance maladie de Y de son arrêt maladie du 21 mai 2021 au 26 juin 2021, prescrit à la suite d'une opération chirurgicale le 20 mai 2021 ;

Présente les observations suivantes devant le tribunal judiciaire de Z.

Claire HÉDON

Observations devant le tribunal judiciaire de Z présentées dans le cadre de l'article 33 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011

Le Défenseur des droits a été saisi par Monsieur X, d'une réclamation concernant le refus de prise en charge par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Y de son arrêt maladie du 21 mai 2021 au 26 juin 2021, prescrit à la suite d'une opération chirurgicale le 20 mai 2021.

Rappel des faits et instruction de la réclamation

Monsieur X a été en arrêt maladie du 21 mai au 26 juin 2021, à la suite d'une opération chirurgicale subie le 20 mai 2021.

Le 24 mai 2021, l'assuré a transmis son arrêt à l'agence de A de la CPAM de Y, agence dont il relève en raison de son lieu d'habitation, en lieu et place de l'agence de Z de la même CPAM où se trouve le médecin conseil.

Constatant l'absence de prise en charge de cet arrêt lorsque son pli, oblitéré le 25 mai 2021, lui est revenu, il a sollicité un duplicata d'avis d'arrêt de travail auprès de son médecin et l'a transmis à l'agence de Z.

Son courrier postal a été réceptionné par les services de l'agence de Z de la CPAM le 1^{er} juillet 2021.

Le 6 juillet 2021, la CPAM de Y a refusé la prise en charge de l'arrêt maladie du réclamant, au motif d'une réception de l'avis d'arrêt maladie le 1^{er} juillet 2021, à l'issue de la période d'arrêt, rendant impossible tout contrôle de l'assuré par la caisse.

Le 9 juillet 2021, l'intéressé a saisi la commission de recours amiable (CRA) pour contester ce refus de prise en charge.

Par une décision réceptionnée par l'assuré le 22 octobre 2021, la CRA a confirmé la décision de rejet de la CPAM de Y, au visa des articles L. 321-2, R. 321-2 et D. 323-2 et R. 323-12 du code de la sécurité sociale.

La décision de refus mentionnait la réception du recours de l'assuré le 2 septembre 2021.

Le 21 décembre 2021, Monsieur X a alors saisi le pôle social du tribunal judiciaire de Z aux fins d'annulation des deux décisions litigieuses.

C'est dans ces conditions que le réclamant a sollicité l'intervention du Défenseur des droits.

Dans le cadre de l'instruction contradictoire du dossier, les services du Défenseur des droits ont adressé, le 8 juin 2022, une note à la CPAM de Y soulignant les éléments de fait et de droit au regard desquels l'autorité administrative indépendante était susceptible de considérer qu'il avait été porté atteinte au droit de l'intéressé. Cette note relevait, d'une part, que l'erreur d'adressage commise par le réclamant ayant généré un envoi tardif à l'organisme ne pouvait être retenue à son encontre, les organismes étant soumis au respect de l'obligation d'échange d'information, et d'autre part, que la sanction de la caisse apparaissait entachée d'irrégularité.

En l'absence de réponse de la CPAM à cette note récapitulative, les conclusions du Défenseur des droits reposent exclusivement sur les éléments et pièces justificatives fournis par le réclamant, auteur de la saisine, sans préjudice de leur éventuelle contestation au cours de l'audience.

C'est dans ce contexte que la Défenseure des droits présente les observations suivantes devant le tribunal judiciaire de Z, lequel examinera le litige lors de son audience du 6 septembre 2023.

Analyse juridique

La Défenseure des droits estime qu'au regard des circonstances de l'espèce, le dépassement du délai d'envoi de l'avis de prescription de l'arrêt de travail par Monsieur X ne peut justifier un refus de prise en charge de son arrêt (I). En tout état de cause, la procédure de sanction, qui ne semble pas avoir été respectée par la CPAM, apparaît entachée d'irrégularité (II).

I) Sur le dépassement du délai légal d'envoi de l'avis de prescription de l'arrêt de travail

La décision de refus de prise en charge de l'arrêt de travail de Monsieur X est fondée sur le dépassement du délai de deux jours fixé par le code de la sécurité sociale pour envoyer à la CPAM l'avis de prescription de l'arrêt de travail émanant du médecin.

Il apparaît toutefois, qu'initialement, le réclamant n'a envoyé ce courrier qu'avec un jour de retard, retard qui au regard des circonstances particulières de l'espèce justifie la mise en œuvre d'une dérogation au délai de deux jours prévu par l'article D. 323-2 du code de sécurité sociale (1). Surtout, la réception tardive de cet avis par la CPAM, ayant rendu impossible un contrôle de l'assuré par la caisse, résulte uniquement du défaut de respect par l'agence de A de son obligation d'échange d'informations entre les organismes assurant une mission de service public dans l'intérêt de l'utilisateur (2).

I.1. Sur le retard initial lors de l'envoi de l'avis de prescription de l'arrêt de travail

Conformément aux articles L. 321-2, R. 321-2 et D. 323-2 et R. 323-12 du code de la sécurité sociale, il incombe à l'assuré d'envoyer à la CPAM, « *dans les deux jours suivant la date d'interruption de travail, et sous peine de sanctions fixées conformément à l'article L. 321-2 du code de la sécurité sociale* » l'avis de prescription de l'arrêt émanant du médecin, ou l'avis de prolongation d'arrêt de travail, sous peine de se voir priver de l'intégralité des sommes dues au titre des indemnités journalières de la période concernée.

La CPAM de Y a relevé avoir reçu tardivement l'avis d'arrêt de travail de Monsieur X.

Or, ce dernier n'a jamais nié avoir envoyé l'arrêt le 24 mai 2021, soit un jour au-delà des deux jours requis au titre des dispositions du code de la sécurité sociale précitées. Cette date d'envoi initial n'est d'ailleurs pas contestée par la commission de recours amiable qui a considéré que le réclamant avait produit l'élément de preuve de cet envoi, dans son recours amiable du 9 juillet 2021 reçu par le 2 septembre 2021. Dans sa décision, elle a précisé que « *à l'appui de vos déclarations, vous présentez la copie de l'enveloppe envoyée au médecin-conseil de la CPAM de A et faisant apparaître une date d'oblitération au 25 mai 2021. Ce pli a*

été restitué de l'expéditeur par les services de la poste au motif suivant : « destinataire inconnu à l'adresse » ».

Monsieur X a justifié de la date de cet envoi par son état de santé, à l'issue de son opération. Il se trouvait dans l'impossibilité de se déplacer aisément, puisqu'il marchait avec des béquilles et ne pouvait conduire. Cette impossibilité apparaît justifier l'application d'une dérogation au délai pour l'envoi de l'avis de prescription de l'arrêt émanant du médecin.

En effet, le deuxième alinéa de l'article D. 323-2 du code de la sécurité sociale prévoit une exception au délai de deux jours « *si l'assuré est hospitalisé ou s'il établit l'impossibilité d'envoyer son avis d'arrêt de travail en temps utile* ». La situation de l'assuré, qui a fait valoir au soutien de sa cause l'impossibilité d'envoyer son arrêt de travail en temps utile, au motif de son état de santé, apparaît répondre à cette condition qui correspondait aux critères légaux de la force majeure.

En effet, au sens de l'article 1218 du code civil, « *il y a force majeure en matière contractuelle lorsqu'un événement échappant au contrôle du débiteur, qui ne pouvait être raisonnablement prévu lors de la conclusion du contrat et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, empêche l'exécution de son obligation par le débiteur. Si l'empêchement est temporaire, l'exécution de l'obligation est suspendue à moins que le retard qui en résulterait ne justifie la résolution du contrat* ».

Ainsi, au regard des circonstances exceptionnelles liées à l'état de santé du réclamant au lendemain de son opération et à la faiblesse du dépassement du délai instauré pour informer la CPAM en cas d'interruption de travail, l'application stricte du délai légal de deux jours, sans appliquer la dérogation prévue à l'article D. 323-2 du code de la sécurité sociale, apparaît constituer une restriction disproportionnée du droit à bénéficier de la prise en charge de son arrêt de travail.

I.2. Sur l'obligation d'échange d'information entre les organismes assurant une mission de service public dans l'intérêt de l'utilisateur

Au-delà de ce retard initial, la CPAM de Y estime qu'ayant reçu l'avis de prescription de l'arrêt de travail le 1^{er} juillet, elle n'a pas été en mesure de procéder à un contrôle de l'assuré. Toutefois, ce retard supplémentaire ne saurait être imputé au réclamant mais résulte du manquement par l'agence de A de cette CPAM à son obligation d'échange d'informations permettant de justifier de la situation d'un usager et de garantir leurs droits.

En effet, l'article L.161-1-4 du code de la sécurité sociale dispose :

« Les organismes de sécurité sociale demandent, pour le service d'une prestation ou le contrôle de sa régularité, toutes pièces justificatives utiles pour vérifier l'identité du demandeur ou du bénéficiaire d'une prestation ainsi que pour apprécier les conditions du droit à la prestation, notamment la production d'avis d'imposition ou de déclarations déposées auprès des administrations fiscales compétentes. Les organismes peuvent se dispenser de ces demandes lorsqu'ils sont en mesure d'effectuer des contrôles par d'autres moyens mis à leur disposition.

Les organismes de sécurité sociale peuvent notamment se dispenser de solliciter la production de pièces justificatives par le demandeur ou le bénéficiaire d'une prestation lorsqu'ils peuvent obtenir directement les informations ou pièces justificatives nécessaires auprès des personnes morales de droit public ou des personnes morales

de droit privé gérant un service public compétentes, notamment par transmission électronique de données ».

En outre, les articles L.113-13, L.114-8 et L.114-9 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA) imposent de tels échanges d'informations, dans l'intérêt de l'utilisateur afin de le dispenser des démarches à accomplir pour justifier de tel ou tel aspect de sa situation conditionnant le succès de sa demande.

En l'espèce, le courrier de transmission de l'avis n'a pas été réceptionné par la CPAM de A et a fait l'objet d'un retour à l'expéditeur. Cependant, l'adresse utilisée par l'assuré était celle de son agence habituelle, à A. Dès lors, en application des textes précités, l'agence de la CPAM de Y à A aurait dû réceptionner l'avis d'arrêt et transmettre ce document au médecin conseil de l'agence de Z. Le retour du courrier à l'expéditeur semble ici relever d'une négligence préjudiciable à l'assuré.

La CPAM ne saurait fonder sa décision de refus de prise en charge sur le fait que l'utilisateur aurait commis une erreur dans la transmission de son arrêt de travail et sur la réception de l'avis au 1^{er} juillet, alors même que Monsieur X a rapporté la preuve d'un envoi à l'adresse qu'il utilise habituellement pour ses échanges avec la caisse.

Au contraire, la date de transmission de l'avis qui doit être retenue au titre de la preuve de l'envoi du document par l'utilisateur doit être celle de la transmission à l'agence de A, soit le 24 mai 2021. Toute solution contraire reviendrait à faire peser sur l'utilisateur la charge d'un manquement de la CPAM à son obligation.

En tout état de cause, la sanction, qui a privé l'assuré de ses indemnités journalières durant toute la période querellée, apparaît irrégulière.

II) Sur l'irrégularité de la sanction et de l'absence de prise en charge de l'arrêt de travail

L'article R.323-12 du code de la sécurité sociale dispose que « la caisse est fondée à refuser le bénéfice des indemnités journalières afférentes à la période pendant laquelle son contrôle aura été rendu impossible, sans préjudice des dispositions de l'article L. 324-1 ».

L'article D. 323-2 du code de la sécurité sociale dispose également que :

« En cas d'envoi à la caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà du délai prévu à l'article R. 321-2, la caisse informe l'assuré du retard constaté et de la sanction à laquelle il s'expose en cas de nouvel envoi tardif dans les vingt-quatre mois suivant la date de prescription de l'arrêt considéré.

En cas de nouvel envoi tardif, sauf si l'assuré est hospitalisé ou s'il établit l'impossibilité d'envoyer son avis d'arrêt de travail en temps utile, le montant des indemnités journalières afférentes à la période écoulée entre la date de prescription de l'arrêt et la date d'envoi est réduit de 50 %. »

La Cour de cassation a rappelé cette solution, dans un arrêt récent en soulignant « que ce n'est qu'en cas de nouvel envoi tardif de l'avis d'arrêt de travail, avant la fin de la période d'interruption de travail, alors que l'assuré a déjà fait l'objet d'un avertissement, que la mesure de réduction à hauteur de la moitié des indemnités journalières est applicable » (Cass., 2^e Civ., 23 janvier 2020, n° 18-25.086).

En l'espèce, dès lors qu'aucune réitération d'envoi tardif n'a été relevée, il semble que le réclamant pouvait à bon droit solliciter le plein versement de ses indemnités journalières pour la période d'arrêt de travail du 21 mai au 29 juin 2021.

Or, il ne saurait être reproché à Monsieur X de ne pas avoir adressé dans le délai imparti son arrêt de travail mais seulement de l'avoir envoyé à son agence gestionnaire. Cette dernière avait l'obligation de transférer ce document au médecin conseil comme il a été précédemment démontré.

Au regard de ces éléments, la Défenseure des droits considère que la décision de rejet de la CPAM a porté atteinte au droit à bénéficier de la prise en charge de son arrêt de travail en ce que la CPAM de Y :

- A méconnu la dérogation applicable en cas d'impossibilité temporaire d'envoi de l'avis de travail ;
- A manqué à l'obligation d'échanges d'information entre organismes de sécurité sociale ;
- A procédé à une sanction entachée d'irrégularité en refusant la prise en charge de l'arrêt de travail litigieux.

Telles sont les observations que la Défenseure des droits entend soumettre à l'appréciation du tribunal judiciaire de Z

Claire HÉDON