

N°s 448688, 448689, 448690, 448693, 448695, 448697

CPAM du Bas-Rhin

1^{ère} et 4^{ème} chambres réunies

Séance du 29 novembre 2021

Lecture du 30 décembre 2021

CONCLUSIONS

M. Vincent VILLETTE, Rapporteur public

Jusqu'en 1999, l'aide médicale départementale permettait « *aux plus pauvres, français ou étrangers, en situation régulière ou non, d'être couverts pour leurs soins de santé s'ils n'étaient pas affiliés¹ à la Sécurité sociale ou dans l'incapacité de payer une mutuelle* ». Au 1 janvier 2000, la création de la couverture maladie universelle (CMU) a permis à tout Français et à tout étranger résidant de façon stable et régulière d'accéder à une couverture de base et même, sous condition de ressources, à une complémentaire gratuite². Par ricochet, cette réforme d'ampleur a conduit à ce que le dispositif d'aide médicale, repris intégralement en main par l'Etat, se retrouve circonscrit à la seule prise en charge des étrangers « sans-papiers » et de leurs ayants droit. Dès l'origine, la mise en place de cette AME s'est réclamée de trois fondements. Le premier – et le plus évident – correspond à un souci éthique et humanitaire envers ces personnes précaires. Le deuxième fondement renvoie à des considérations de santé publique, dans la mesure où une prise en charge médicale facilitée permet de prévenir la propagation de maladies contagieuses. Le troisième fondement consiste en une volonté d'optimisation de la dépense publique, l'idée sous-jacente étant que les soins ainsi apportés à ces publics fragiles évitent que l'aggravation de leur état de santé ne conduise la société à devoir assumer, *in fine*, des dépenses plus importantes encore. Fin 2018, environ 20 000 étrangers bénéficiaient de l'AME, pour un coût total de l'ordre de 900 millions d'euros³ – ces chiffres révélant un quadruplement en vingt ans du nombre de bénéficiaires comme des coûts associés⁴. Vous le savez, cet isolement des étrangers au sein d'un dispositif dédié a conduit à ce que celui-ci fasse l'objet de contestations politiques récurrentes, certains y voyant le symbole d'une prodigalité française dont l'effet serait d'encourager les migrations pour soins. Cette pression politique forte, qui repose sur une extrapolation de **dérives réelles**, expliquent les nombreuses modifications que l'AME a connues au fil des années – notamment au travers de la réduction du panier de soins ou de l'introduction, éphémère, d'un droit d'entrée.

En l'occurrence, les six affaires appelées concernent l'une des plus anciennes de ces modifications puisqu'elles se rapportent au dispositif des soins urgents et vitaux (ou SUV), créé en 2003 pour compenser un rétrécissement temporel du champ de l'AME de droit commun.

En effet, à l'origine, l'AME de droit commun offrait une couverture santé d'un an renouvelable à tous les étrangers impécunieux en situation irrégulière qui en faisaient la demande auprès d'une CPAM. En vue de lutter contre les cas les plus manifestes de migrations pour soins, la LFR pour 2003 est venue introduire une condition de résidence ininterrompue de trois mois pour accéder à cette AME, ce qui a fait chuter en un an le nombre de bénéficiaires de 14 %. Soucieux toutefois d'éviter de faire des trois

¹ Sachant que l'affiliation était subordonnée à une condition de régularité du séjour depuis la loi n° 93-1027 du 24 août 1993 V. pour d'intéressants développements sur ce point : *Un accès aux soins marqué du sceau de l'humanité ? Les ambiguïtés de l'accès à la santé des étrangers en situation irrégulière en France*, C. Izambert, Communications, 2019/1 n° 104, pp. 95-106

² Par la loi n° 99-641 du 27-07-1999

³ Soit 0,6 % des dépenses publiques de santé

⁴ *L'aide médicale d'Etat : diagnostics et propositions*, igf/igas, octobre 2019. Les chiffres proviennent de ce rapport, sauf indication contraire

premiers mois en France un angle mort sanitaire, le législateur a créé en parallèle le dispositif dit des « soins urgents et vitaux », lequel présente quatre différences principales par rapport à l'AME. Premièrement, les soins couverts sont circonscrits – nous citons – à ceux « *dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* » : ils correspondent donc à des soins dispensés à l'hôpital en réponse à des situations critiques – concrètement, à titre principal, il s'agit d'accouchements et de dialyses. Deuxièmement, l'accès à ce dispositif n'est pas soumis à condition de ressources. Troisièmement, alors que l'AME de droit commun est accordé pour un an à son bénéficiaire, à qui il ouvre donc des droits, ce dispositif subsidiaire lui joue « au coup par coup » puisque son activation se fait *ex post* et dépend de la gravité de l'affection soignée. Quatrièmement, si les coûts associés à ces deux dispositifs gérés par l'assurance-maladie sont assumés par l'Etat, ce financement s'avère intégral s'agissant de l'AME de droit commun tandis qu'il se traduit par une dotation forfaitaire versée à la CNAM s'agissant des soins urgents et vitaux. En somme, vous le comprenez ce dispositif des SUV n'est pas tant un « *système de protection maladie qu'un mode de [facturation par défaut] des soins fournis en urgence (...) pour soutenir l'hôpital face au risque de créance irrécouvrable* »⁵.

Nous n'évoquerons pas ici l'AME dite « humanitaire » et l'AME pour les gardés à vue (loi n° 2002-73 du 17-01-2002), qui sont sans utilité dans les présents litiges pour les soins dispensés à l'hôpital. S'agissant des soins de ville, avant la loi du 30-12-2002, la prise en charge des soins de ville était subordonnée à une condition de résidence ininterrompue en France depuis au moins 3 ans⁶

En 2018, le coût de ce dispositif subsidiaire s'élevait à 70 millions d'euros, soit environ 8 % du total de cette politique.

Ce cadre étant posé, nous pouvons en venir à la présentation des litiges. En l'espèce, les Hôpitaux universitaires de Strasbourg ont contesté devant le tribunal administratif de Strasbourg six refus de la CPAM du Bas-Rhin de prendre en charge, au titre des soins urgents et vitaux, les dépenses afférentes à l'hospitalisation de cinq ressortissants géorgiens et d'un ressortissant congolais au motif que ceux-ci étaient alors en situation régulière sur le territoire national. Ces refus ont été annulés par les premiers juges, et c'est la caisse qui vous saisit désormais en cassation. C'est la première fois que vous avez à connaître d'un tel litige et, même au niveau des tribunaux, nous n'avons identifié que deux précédents topiques⁷.

L'examen de ces pourvois soulève quatre questions délicates, dont trois se rapportent à des questions préalables.

La première difficulté tient à la compétence de la juridiction administrative pour connaître de tels litiges. Nous sommes, pour notre part, résolument d'avis que c'est bien l'ordre administratif qui a vocation à trancher de tels différends⁸.

Sur ce point, il nous faut rappeler que, s'agissant de l'AME, la compétence de la juridiction administrative en matière de refus d'admission est fondée sur l'idée qu'est en cause une aide sociale et non une prestation de soins au titre de la sécurité sociale, sans qu'ait d'incidence le fait que les décisions soient formellement prises par les CPAM. Or, il nous semble que cette approche peut être

⁵ V. sur ce point : *Droit de l'aide et de l'action sociales*, M. B... et R. Lafore, LGDJ, 9 édition, § 550

⁶ *L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France : une prise en charge au titre de la pauvreté et de la compassion*, C. Gabarro, Migrations société, 2018/1 n° 171, pp. 93-104

⁷ TA de Marseille, 29-06-2020, *Centre hospitalier d'Arles*, n° 1900652 et TA de Dijon, 07-01-2021, *Centre hospitalier de Mâcon*, n° 1901777

⁸ Le contentieux de l'admission exceptionnelle à l'AME relevait lui des juridictions de droit commun : v. CE, 12-02-2003, *Centre hospitalier de Montfavet*, n° 249104, B

prolongée à propos du dispositif des soins vitaux urgents, même s'il vous faut surmonter deux petits obstacles supplémentaires.

Le premier vient de ce que l'accès à ce dispositif n'est pas soumis à condition de ressources, ce qui l'éloigne de l'idéaltype de l'aide sociale⁹. Ceci étant, vous savez qu'il existe d'autres aides sociales qui ne sont pas non plus soumises à cette condition (l'aide sociale à l'enfance par exemple) et, à nos yeux, il ne fait guère de doutes qu'une aide non contributive prise en charge par l'Etat en réponse à un état de besoin doit bien être regardée comme une prestation d'aide sociale.

Le second obstacle réside dans le fait que ce dispositif n'octroie pas de droits durables à l'étranger. Autrement dit, dès lors que l'intéressé en urgence vitale reçoit effectivement des soins, les litiges que ce dispositif génère se rapportent avant tout à la question, aval, de la facturation par l'hôpital à la CPAM des soins ainsi prodigués. Mais, là encore, cet obstacle ne nous paraît pas rédhibitoire. D'une part, vous avez déjà estimé, s'agissant de l'AME, que votre compétence s'étendait aux litiges portant sur le paiement aux professionnels de santé, par les CPAM, des prestations réalisées au profit de bénéficiaires de cette aide, de sorte nous ne voyons pas pourquoi vous raisonnez différemment aujourd'hui s'agissant des SUV.

D'autre part, et en tout état de cause, en droit, cette question de facturation n'est pas neutre pour l'intéressé puisque s'il s'avère en définitive inéligible aux SUV, il est censé – en théorie du moins – supporter lui-même les coûts de son hospitalisation.

Nous ajouterons pour finir – et pour nous en réjouir – que la solution que nous vous proposons correspond à la position retenue en 2017 par la Cour de cassation¹⁰.

La compétence de la juridiction administrative étant ainsi acquise, il convient alors de déterminer – et c'est la deuxième question – si ces litiges relèvent bien de la cassation directe, ce qui revient à déterminer s'ils sont ou non « *relatifs aux prestations, allocations ou droits attribués au titre de l'aide ou de l'action sociale* ».

Vous pourriez hésiter sur ce point. En effet, vous le savez, cette dispense d'appel pour les contentieux sociaux s'inscrit dans une économie procédurale plus globale qui vise à apporter aux publics fragiles concernés une réponse rapide, à l'issue d'une instruction plus dynamique destinée à pallier l'asymétrie entre l'administration et les allocataires. Fidèles à l'ambition de ces dispositions, vous en avez retenu une approche extensive en y attrayant tous les litiges « *engagés par les bénéficiaires ou les candidats au bénéfice de ces (...) prestations sociales à raison même du refus d'octroi ou bien de réductions, retards, suppressions ou récupérations des prestations* »¹¹. A l'inverse, vous en avez exclu les litiges engagés par un tiers par lequel l'aide ne fait que transiter¹², ou qui est indirectement concerné par celle-ci¹³, en estimant qu'il n'y avait aucune raison d'appliquer ce cadre procédural spécifique à des justiciables non précaires.

Au vu de cette jurisprudence nuancée, il n'est pas si évident de savoir de quel côté faire tomber les présents litiges. A la réflexion, nous sommes toutefois d'avis que ceux-ci relèvent bien de la cassation directe. En effet, même si le bénéficiaire direct des SUV n'est pas mis en cause dans ce contentieux, l'hôpital n'est pas pour autant un simple tiers puisque des liens juridiques existent entre lui et le

⁹ V. sur cette notion et le brouillage des frontières, *Le droit de la protection sociale dans tous ses états : la clarification nécessaire*, M. B..., DS 2003.636

¹⁰ qui a jugé que « *les litiges nés de la facturation aux [CPAM] par les établissements de santé de la part des dépenses prises en charge par l'Etat pour les soins dispensés, au titre des soins urgents (...) se rapportent à l'attribution des prestations d'aide sociale de l'Etat et ne sont pas, dès lors, au nombre des différends auxquels donne lieu l'application des législations et réglementations de sécurité sociale (...)* » (Cass. Civ. 2, 15-06-2017, n° 16-19.165 P)

¹¹ V. CE, 09-12-2005, G..., n° 273327, A

¹² Conclusions C. Touboul sur CE, 09-02-2018, *Société Iso Concept*, n° 410100, B

¹³ CE, 1 CJS, 26-10-2017, *SAP 87*, n° 407290, B

CE, 12-10-2018, *Association Ohaleï Yaacov – Le silence des justes*, n°s 420940 et s., B

dispositif des SUV, et le litige se rapporte au droit à prestation lui-même. Il nous semble ainsi qu'une telle configuration s'apparente à celle que vous avez rencontrée dans la décision *SARL Logis de Berri*¹⁴, lorsque vous avez admis de connaître directement en cassation d'un litige indemnitaire engagé par un établissement à raison des frais qu'il avait supportés en continuant à héberger un jeune adulte malgré la décision illégale du département de mettre fin à l'aide sociale à l'enfance dont bénéficiait ce jeune. On le voit, dans ce précédent déjà, alors même que le litige ne concernait pas le bénéficiaire de l'aide mais la structure qui le prenait en charge, vous avez estimé que ses liens avec l'ASE étaient suffisamment forts pour justifier son rattachement aux contentieux sociaux. Du reste, il y aurait à nos yeux un miroitement – explicable, certes, mais perturbant tout de même – entre le fait d'admettre la compétence de la juridiction administrative au motif qu'est en cause une aide sociale avant, ensuite, d'estimer que ce litige ne relève pas pour autant des contentieux sociaux.

Si vous nous suivez, vous pourrez en venir à la troisième question, qui tient à la qualité de la CPAM pour se pourvoir en cassation. En réalité, il convient de repartir ici de la nature des décisions prises par la CPAM en cette matière. S'agissant des décisions relatives à l'AME, l'analyse est rendue aisée par le fait que les textes eux-mêmes prévoient que l'organisme d'assurance maladie « *en assure l'instruction pour le compte de l'Etat* »¹⁵. La situation est moins nette s'agissant des décisions relatives aux SUV puisque les textes applicables ne comportent pas une telle précision.

Toutefois, il nous semble se déduire de la logique subsidiaire de ce dispositif et de ce que son financement est assuré par l'Etat que c'est bien au nom de ce dernier que la CPAM agit lorsqu'elle refuse une prise en charge.

Cette prémisse fait alors naître une délicate question de procédure. C'est qu'en effet, s'il s'agit d'une décision prise par l'Etat, alors c'est aussi à l'Etat – et non aux CPAM – qu'il revient d'en assurer la défense contentieuse¹⁶, ce qui est cohérent avec le fait que les frais irrépétibles ne peuvent être mis qu'à sa charge¹⁷. Vous le percevez d'emblée, une telle solution est contre-intuitive dans la mesure où elle est susceptible de conduire, en pratique, à une dissociation problématique entre la personne appelée à défendre et la personne qui connaît véritablement le dossier pour l'avoir traité. C'est pour remédier à cette difficulté – révélée par plusieurs de vos jurisprudences récentes – que l'exécutif est intervenu par le décret du 18 août 2020 pour autoriser les directeurs des organismes de sécurité sociale qui décident de l'attribution de prestations sociales pour le compte de l'Etat à représenter celui-ci dans les litiges relatifs à leurs décisions devant les tribunaux administratifs¹⁸. En conséquence, dès lors que les jugements attaqués sont postérieurs à cette intervention réglementaire, il s'en déduit que la CPAM avait bien qualité pour défendre devant le juge du fond. En revanche, aucune disposition analogue n'a été prise s'agissant de la cassation. Par défaut, s'appliquent donc les dispositions de l'article R. 432-4 du code de justice administrative (CJA), qui prévoient que les recours de l'Etat doivent être signés par le ministre intéressé.

En première approche, vous pourriez être sensibles à l'idée que cette solution conduit à une fragmentation inopportune entre la première instance et la cassation, avec le risque que le ministre ne conteste pas assez vite les jugements relatifs à des litiges que ses services déconcentrés n'auraient pas eu à connaître. Toutefois, nous sommes résolument d'avis que vous ne sauriez, de votre propre initiative, prolonger à hauteur de cassation la qualité récemment reconnue aux CPAM. En effet, il est clair à nos yeux que le silence du décret sur ce point n'est pas fortuit, et qu'il s'explique par la volonté du gouvernement de ne pas multiplier les exceptions à la compétence du ministre pour se pourvoir

¹⁴ CE, 28-07-2017, n° 397955, C

¹⁵ Art. L. 252-1 du CASF

¹⁶ A l'exception des rares cas où la personne qui agit au nom de l'Etat jouit d'une grande autonomie (CE, 09-02-2018, *ANSM*, n°s 414845- 4 15128, B)

¹⁷ CE, 26-11-2012, *ARJEL*, n° 351163, B

¹⁸ N° 2020-1073 relatif à la représentation de l'Etat dans les litiges portant sur des prestations gérées pour son compte par les organismes de sécurité sociale

devant vous puisqu'il s'agit, à votre niveau, non plus de statuer sur un litige mais bien de fixer une politique jurisprudentielle .

Du reste, même en opportunité, nous serions d'autant moins enclin à consentir cet effort que vous avez déjà largement tempéré les inconvénients pratiques d'un tel monopole. D'une part, le juge de cassation conserve la faculté de recueillir les observations de l'organisme qui a pris la décision au nom de l'Etat, de sorte que le risque éventuel d'un appauvrissement du débat contentieux est à relativiser. D'autre part, et surtout, vous jugez que, dans une telle configuration, le ministre a jusqu'à la clôture de l'instruction pour régulariser le pourvoi en cassation de la caisse . Aussi, concrètement, la CPAM peut toujours former un pourvoi

Nous en sommes, à dire vrai, d'autant plus convaincu que, s'agissant du contentieux des APL, l'article R. 825-4 du code de la construction et de l'habitation (CCH) a lui introduit une dérogation aux règles de représentation de l'Etat devant la juridiction administrative qui permet aux directeurs des organismes payeurs de ces aides de représenter l'Etat non seulement devant le tribunal administratif, mais aussi devant vous.

Pour essayer malgré tout de tempérer les difficultés concrètes que cette approche est susceptible de générer, vous pourriez être tentés de juger que l'Etat et les caisses de sécurité sociale peuvent concurremment assurer la défense des décisions litigieuses, en première instance comme en cassation. Plaiderait aussi en ce sens le fait que, bien que prises au nom de l'Etat, ces décisions ne sont pas neutres pour l'assurance-maladie dans la mesure où la dotation forfaitaire allouée par l'Etat est de 30 millions d'euros inférieure au coût réel des SUV. A la réflexion, il nous semble toutefois que cette piste séduisante ne peut être empruntée car elle miroiterait avec votre jurisprudence la plus récente. En effet, par votre décision *M. L...* (CE, 04-02-2019, *M. L...*, n° 415561, B), vous avez jugé que seul le préfet avait qualité pour défendre dans le cadre des recours formés contre les décisions prises par les organismes payeurs au nom de l'Etat en matière d'APL. Dans un contexte où les conclusions de C. Barrois de Sarigny mettaient bien en lumière les inconvénients d'un tel monopole laissé à l'Etat dans une matière où l'expertise relève des CAF, cette solution révèle que vous avez estimé qu'un effort d'interprétation en opportunité se heurtait au caractère insurmontable de l'obstacle textuel. Une telle approche traduit à nos yeux votre crainte qu'une compétence concurrente reconnue au cas par cas par le juge, en fonction de considérations concrètes, ne porte « *en germe le risque d'une perte de lisibilité (...) des (...) des autorités et services compétents pour assurer la défense de l'Etat ou endosser la responsabilité de former les recours en son nom* ».

pour éviter de laisser passer le délai de recours, à charge ensuite pour le ministre de décider – à froid – s'il reprend ou non le flambeau de la contestation. En l'occurrence, c'est bien ce qu'a fait le ministre, qui avait vu la question avant que vous ne la MOPiez, en déclarant « soutenir le pourvoi, au nom de l'Etat, le cas échéant ». Il s'en déduit que vous pourrez en venir, enfin, à la quatrième question – de fond cette fois – que soulèvent ces litiges.

Pour l'appréhender, il nous faut revenir plus en détails sur le raisonnement des premiers juges. Ces derniers, fort logiquement, sont repartis de la lettre de l'article L. 254-1 du CASF, laquelle réserve les SUV aux étrangers résidant en France qui ne sont pas bénéficiaires de l'AME et qui ne remplissent pas la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale. En l'occurrence, c'est sur cette condition de régularité que se polarisaient les débats, de sorte que le tribunal a ensuite cité cet article L. 160-1, qui définit cette condition de régularité par référence à l'article L. 111-2-3 du même code, qui lui-même renvoie à un décret en Conseil d'Etat le soin de préciser les conditions d'appréciation de la régularité du séjour. Poursuivant le dévidage de cette ténébreuse pelote, le tribunal a alors cité ces dispositions réglementaires, qui définissent la régularité par renvoi « *à la législation sur le séjour des étrangers en France* » et, plus précisément encore, par renvoi à un arrêté interministériel fixant « *la liste des titres ou documents attestant la régularité de la situation des*

personnes de nationalité étrangère (...) »¹⁹. Sur cette base éclaircie, ils ont constaté que les personnes soignées n'étaient pas venues en France en disposant d'un des titres ou documents figurant sur cette liste. Ils en ont déduit qu'elles n'étaient pas en situation régulière au sens de ces dispositions, ce qui leur ouvrait droit au bénéfice des SUV et conduisait à l'annulation des refus opposés par les CPAM.

En droit, ce raisonnement paraît d'abord implacable. C'est qu'en effet, contrairement à ce qui est soutenu devant vous, il résulte des textes que la liste de titres ou documents fixée par cet arrêté a été **pensée comme exhaustive**. Aussi, à partir du moment où il est constant que les personnes soignées ne disposaient pas de l'un de ces titres ou documents, le syllogisme déployé par les premiers juges présente l'apparence de l'évidence juridique. Mais il en va parfois du droit comme des illusions d'optique : l'interprétation la plus spontanée se dissipe progressivement à la faveur d'un regard plus attentif, et c'est alors une autre approche qui, d'abord indécidable, finit par s'imposer avec la force de l'évidence. Tel nous semble être le cas en l'espèce.

CE, 1 CJS, 13-03-2019, CAF de Paris, n° 418469, B

Arrêté du 11 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R. 111-3 du CSS

Ici, le grain de sable qui pousse à réfléchir plus avant vient de ce que les personnes en cause, si elles ne disposaient pas d'un des titres ou documents listés, n'en étaient pas moins en situation régulière sur le territoire national. D'une part, s'agissant des cinq ressortissants géorgiens, vous savez que ceux-ci sont dispensés de visa de court séjour. Autrement dit, à partir du moment où les intéressés résidaient en France depuis moins de trois mois, leur seul passeport suffisait à rendre leur séjour régulier. D'autre part, M. P..., ressortissant congolais, disposait lui d'un visa court séjour valide au moment de son hospitalisation. Au total, l'approche retenue par le tribunal conduit donc à dissocier la régularité « au sens des » SUV et la régularité au sens de la législation sur le droit des étrangers.

Cette situation, paradoxale, s'explique en réalité par le fait que les dispositions relatives aux SUV ont défini la notion de régularité en se rattachant aux dispositions relatives à la protection universelle maladie (PUMA) qui concernent les seuls étrangers résidant en France « *de manière stable et régulière* », ce qui suppose donc une résidence ininterrompue de plus de trois mois. Il s'en déduit que l'arrêté associé n'avait pas vocation à lister les titres ou documents relatifs à des courts séjours, ce qui permet d'expliquer le vide exploité par le tribunal.

Or, pour notre part, nous sommes convaincu que ce vide correspond à un angle mort accidentel et non à un choix délibéré. Trois séries de considérations nous déterminent en ce sens.

Art. L. 380-1 et décret n° 99-1005 du 1 décembre 1999

En premier lieu, une généalogie des textes révèle qu'à l'origine, l'article L. 254-1 du CSS renvoyait à une condition de régularité qui – par le jeu, là encore, de renvois successifs – se définissait par simple référence « *à la législation sur le séjour des étrangers en France* », sans autre précision. Autrement dit, à l'origine, le Parlement n'avait pas entendu instaurer le décalage que mettent désormais en lumière les jugements attaqués. Cette intention est d'ailleurs corroborée par deux circulaires d'application qui indiquaient explicitement qu'étaient concernés par les SUV les étrangers « *en situation irrégulière au regard de la législation sur l'entrée et le séjour des étrangers en France* », et qu'en étaient donc exclus « *les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa de court séjour* »²⁰. Or, lorsque ces références initiales ont été modifiées par la LFSS pour 2016²¹, ces changements ont été présentés comme de purs ajustements de coordination, sans qu'il apparaisse que le législateur aurait eu, à cette

¹⁹ Art. R. 111-3 du CSS

²⁰ <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-04/a0040040.htm> v. aussi Circulaire DSS/21/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 07-01- 2008

²¹ La nouvelle référence a été introduit par amendement en première lecture au Sénat

occasion, l'intention de déconnecter la régularité pour l'application des SUV et la régularité au sens du CESEDA.

En deuxième lieu, au-delà même de ces indices textuels, il nous semble que l'approche retenue par le tribunal va à rebours de l'intention poursuivie par le législateur. En effet, il ressort nettement des travaux préparatoires³¹ sur la LFR pour 2003 que le Parlement souhaitait rendre inéligibles aux SUV les personnes en situation régulière grâce à un visa de court séjour ou du fait d'une exemption de visa²². Cette exclusion était d'autant plus saillante qu'elle tranchait avec la situation antérieure, dans laquelle l'AME était ouverte à ces personnes dès lors qu'elles ne remplissaient pas la condition de stabilité de résidence pour pouvoir bénéficier de la CMU. Une telle exclusion délibérée était justifiée par le souci de lutter contre ce que le rapporteur du texte qualifiait de « tourisme médical », mais elle trouvait surtout son équilibre dans le fait que ces personnes, pour pouvoir venir en France, devaient disposer d'une assurance couvrant les dépenses médicales et hospitalières qu'elles étaient susceptibles d'engager en France. Autrement dit, pour ces personnes dont l'entrée est – par hypothèse – mieux maîtrisée par les autorités françaises, l'idée était qu'elles assument elles-mêmes le coût de leurs soins éventuels grâce à une solution privée. Or, cette condition de souscription à une prise en charge par un opérateur d'assurance agréé demeure en vigueur²³, de sorte que cet équilibre général nous paraît conserver toute son acuité.

En troisième lieu, il nous semble que la solution suivie par le tribunal serait inopportune.

En effet, si vous jugiez que les hôpitaux peuvent solliciter les CPAM au titre des SUV pour des étrangers en situation régulière, il est clair que ces établissements privilégieront à l'avenir cette voie, mieux balisée, plutôt que d'aller solliciter des assurances privées étrangères avec une plus grande incertitude quant au recouvrement effectif des sommes exposées. Autrement dit, les SUV, du fait de leur commodité, deviendraient la modalité de tarification privilégiée. Or, un tel effet d'éviction nous paraîtrait pour le moins malvenu, dans la mesure où il reviendrait à faire supporter par la collectivité nationale des dépenses qui auraient pu être prises en charge par un opérateur d'assurance privé. Au total, en restituant au dispositif des SUV la portée qu'il a toujours eue, nous vous invitons à juger que celui-ci est réservé aux seuls étrangers en situation irrégulière et que, par suite, il ne saurait bénéficier à des étrangers en situation régulière, quand bien même ceux-ci ne seraient pas munis d'un des titres ou documents prévus par l'arrêté interministériel applicable.

Si vous nous suivez, vous serez donc amenés à accueillir le moyen d'erreur de droit. La cassation en devient alors inévitable, dans la mesure où vous ne sauriez faire droit à la demande de substitution de motifs présentée en défense par les Hôpitaux de Strasbourg.

En effet, si ceux-ci vous invitent, à titre subsidiaire, à substituer à la motivation du tribunal une motivation fondée sur la circonstance que, dans les présents litiges, les intéressés n'avaient pas souscrit une assurance destinée à prendre en charge leurs dépenses de santé en France, une telle substitution est inenvisageable en cassation puisqu'elle supposerait l'appréciation de circonstances de fait²⁴. En tout état de cause, cette solution nous semblerait à proscrire dans la mesure où la condition d'assurance ici en cause est une condition à laquelle est subordonnée l'entrée de l'étranger sur le territoire, et non la régularité de son séjour²⁵. Une telle solution serait, du reste, éminemment paradoxale puisqu'elle conduirait à ce que le non-respect, par l'étranger, d'une condition mise à son

²² <http://www.senat.fr/rap/l03-112/l03-11212.html#toc271>

²³ Art. L. 311-1 et R. 313-3 du CESEDA dans sa rédaction en vigueur

²⁴ Sans qu'il ait d'incidence que celles-ci n'aient pas été contestées en première instance. V. CE, 13-03-1998, *Vanslebrouck*, n° 171295, B ; CE, 08-07-2002, *Caisse fédérale du crédit mutuel d'Anjou*, n° 212867, A

²⁵ JRCE, 21-09-2007, *Ministre de l'intérieur c/ Mlle Iloki*, n°s 309497-498, B

entrée en France lui permette ensuite de s'exonérer des frais associés à sa prise en charge en urgence, ce qui rétroagirait sur son incitation à prendre une assurance²⁶.

Avant de conclure, nous voudrions indiquer avoir conscience que la solution proposée ne permet pas d'aboutir à ce que les hôpitaux puissent se voir, dans tous les cas, remboursés des soins apportés aux étrangers en situation régulière. En effet, d'une part, lorsque les étrangers sont – comme les ressortissants géorgiens – dispensés de visa, la condition tenant à la souscription d'une assurance n'est pas vérifiée en amont, de sorte qu'il devient plus probable qu'elle fasse défaut, laissant alors les hôpitaux face à une importante « ardoise » faute pour eux de pouvoir facturer les soins directement aux intéressés. D'autre part, même lorsque les étrangers ont souscrit l'assurance requise, celle-ci est seulement tenue de couvrir les frais de santé jusqu'à 30 000 euros, ce qui implique que, pour certaines hospitalisations onéreuses, l'établissement de santé fera face à la même difficulté tenant au recouvrement du reliquat auprès des intéressés eux-mêmes. Mais ces failles, réelles, ne sauraient être comblées par le juge : c'est au législateur qu'il revient, le cas échéant, d'agir pour remédier à ces coûts irrécupérables laissés, pour l'heure, à la charge des hôpitaux.

PCMNC :

A l'annulation des jugements attaqués ;

Au renvoi des affaires au tribunal administratif de Strasbourg ;

Au rejet des conclusions présentées au titre de l'article L. 761-1 du CJA.

²⁶ Même si les frais resteraient à sa charge pour les soins non urgent