

**COUR D'APPEL DE LYON**

REPUBLIQUE FRANÇAISE  
AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

Extrait des Minutes du Greffe  
de la Cour d'Appel de Lyon

**Protection sociale**

**ARRÊT DU 12 MAI 2020**

**GROSSE**

**APPELANTE :**

AFFAIRE DU  
CONTENTIEUX DE LA  
PROTECTION SOCIALE

X épouse Y  
Chez Mme Y

RAPPORTEUR

représentée par sa fille, Mme Y munie d'un pouvoir

R.G : N° RG 19/00658 - N°  
Portalis  
DBVX-V-B7D-MFDV

**INTIME:**

**LE DIRECTEUR DE LA CPAM Z**

X

C/  
MONSIEUR LE  
DIRECTEUR DE LA CPAM  
Z

représentée par madame , munie d'un pouvoir

**EN PRESENCE DU DEFENSEUR DES DROITS**  
TSA 90716 75334 PARIS CEDEX 07

**APPEL D'UNE DÉCISION**  
**DU :**  
**CDAS A**  
du 30 Janvier 2017  
N° 18216

représenté par Maître BECHAUX, avocat au barreau de LYON

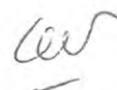
**DÉBATS EN AUDIENCE PUBLIQUE DU : 11 Février 2020**

Présidée par Bénédicte LECHARNY, Conseiller, magistrat rapporteur,  
(sans opposition des parties dûment avisées) qui en a rendu compte à  
la Cour dans son délibéré, assistée pendant les débats de Malika  
CHINOUNE, Greffier

**COMPOSITION DE LA COUR LORS DU DELIBERE :**

- Elizabeth POLLE-SENANEUCH, président
- Laurence BERTHIER, conseiller
- Bénédicte LECHARNY, conseiller

**ARRÊT : CONTRADICTOIRE**



Vu l'état d'urgence sanitaire, la décision prorogée est rendue le 12 mai 2020.

La notification du présent arrêt est opérée par tout moyen en application de l'article 10 de l'ordonnance n°2020-304 du 25 mars 2020 portant adaptation des règles applicables aux juridictions de l'ordre judiciaire statuant en matière non pénale, tel que précisé par l'article 2.i de la circulaire du 26 mars 2020 CIV/02/20 - C3/DP/2020030000319/FC

Signé par Elizabeth POLLE-SENANEUCH, Président, et par Malika CHINOUNE, Greffier auquel la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

\*\*\*\*\*

### FAITS, PROCÉDURE ET PRÉTENTIONS DES PARTIES

Mme X veuve Y ressortissante camerounaise, est entrée sur le territoire national le 16 mai 2015, munie d'un visa de court séjour en qualité d'ascendante d'une ressortissante française.

Munie d'un récépissé de demande de titre de séjour, elle a, par demande du 17 août 2015 enregistrée le 25 août 2015, sollicité le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide pour une complémentaire santé (ACS).

Par notification du 9 septembre 2015, la caisse primaire d'assurance maladie Z (la caisse) lui a octroyé le bénéfice de la CMU-C pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 30 septembre 2016.

A la suite d'une communication d'informations entre le consulat général de France à Douala (Cameroun), la préfecture A et la caisse, le service de lutte contre la fraude de cet organisme, informé que Mme X avait fait l'objet d'une obligation de quitter le territoire français, lui a notifiée, par courrier du 22 janvier 2016, un avis de somme à payer pour un montant total de 2 232,32 euros sur la période du 21 septembre au 25 novembre 2015.

Cette dernière a formé un recours contre cette décision, le 31 mars 2016.

Selon décision prise lors de sa séance du 30 janvier 2017, la commission départementale d'aide sociale (CDAS) A a confirmé la décision attaquée, retenant le caractère frauduleux de la demande de CMU-C pour les soins dont elle a bénéficié postérieurement à la notification de la décision de rejet de sa demande de titre de séjour.

Cette décision a été notifiée à Mme X par courrier du 24 novembre 2017, réceptionné à une date non déterminée.

Par courrier du 5 février 2018, Mme X a formé un recours contre cette décision devant la Commission centrale d'aide sociale.



Cette commission ayant cessé d'exister au 1<sup>er</sup> janvier 2019, ce recours a été transmis à la cour d'appel de Lyon qui a convoqué les parties à l'audience du 11 février 2020.

Reprenant oralement les écritures qu'elle a déposées à l'audience, Mme X représentée par sa fille, Mme Y munie d'un pouvoir, demande à la cour d'infirmier la décision de la CDAS A et de :

- prononcer l'annulation de la décision de la caisse demandant le remboursement des prestations servies du 21 septembre au 25 novembre 2015 et de reconnaître en conséquence l'absence de fraude au moment de l'ouverture de ses droits
- dire qu'elle bénéficie du maintien de la couverture assurance maladie et complémentaire durant les périodes d'ouverture des droits, soit jusqu'au 30 septembre 2016
- ordonner à la caisse de procéder au remboursement de la somme de 2 232,32 euros qui a été réglée pour son compte par sa fille
- très subsidiairement, si la cour devait reconnaître qu'elle ne pouvait bénéficier d'un maintien de droits à l'assurance maladie et du bénéfice de la CMU-C pour une durée incompressible d'un an, reconnaître que la caisse n'a pas rempli son obligation d'information concernant l'ouverture des droits à l'aide médicale d'Etat (AME) et avec les conséquences que cela engendre en matière d'interruption d'accès aux soins, reconnaître sa bonne foi et son droit à l'erreur.

A l'appui de ses demandes, elle fait valoir que :

- lors de son second séjour en France, son état de santé s'est dégradé et elle a dû recevoir des soins en urgence
- lors de la demande comme lors de la notification de l'octroi de la CMU-C, elle remplissait bien les conditions de stabilité et de régularité de résidence
- ce n'est que le 15 septembre 2015 que la préfecture A lui a notifié une décision de refus de séjour et d'obligation de quitter le territoire français
- la caisse ne pouvait remettre en cause ses droits à l'assurance maladie au motif qu'elle avait perdu son droit au séjour ; en effet, elle bénéficiait d'un maintien des droits à l'assurance maladie pendant une année à compter de la décision d'admission conformément à l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale ; dès lors, le montant de l'avis de somme à payer portant sur la part de base (CMU) est injustifié
- la caisse ne pouvait pas davantage remettre en cause ses droits à la CMU-C en application de l'article L. 861-6 du code précité qui prévoit que la CMU-C est ouverte pour une durée incompressible d'une année même si le bénéficiaire cesse de remplir la condition de résidence au cours de cette période
- si la caisse s'estimait en droit d'interrompre le bénéfice des couvertures assurance maladie et complémentaire, elle était tenue d'en informer Mme X et de faciliter son accès à l'AME ou de lui permettre une affiliation au régime général en qualité d'ayant droit de sa fille
- elle conteste toute intention frauduleuse
- dans l'attente de l'issue du recours, la somme de 2 232,32 euros a été réglée par mensualité de 100 euros par sa fille.

La caisse conclut à l'irrecevabilité de l'appel en raison du taux du ressort et demande, sur le fond, à la cour de confirmer la décision entreprise et de rejeter la demande de Mme X

Elle soutient qu'en raison du défaut de respect du critère de régularité, Mme X ne pouvait continuer de bénéficier de l'octroi de la CMU et de la CMU-C soumis à la condition d'un titre de séjour régulier. Elle ajoute que l'appelante ne lui ayant jamais signalé la mesure lui faisant obligation de quitter le territoire français, elle ne saurait lui reprocher de ne pas avoir pris en compte sa situation irrégulière pour lui octroyer le bénéfice de l'AME. Enfin, elle soutient que le maintien de droit visé à l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale ne

trouve à s'appliquer que sous conditions de l'article L. 311-5 et de montants de cotisations et/ou de temps de travail effectif.

Conformément à l'article 33 de la loi organique du 29 mars 2011, le Défenseur des droits a présenté les observations suivantes :

- lors de sa demande d'affiliation, Mme X remplissait l'ensemble des conditions pour bénéficier de la CMU et de la CMU-C dès lors qu'elle justifiait d'une durée de présence sur le territoire supérieure à trois mois et produisait un récépissé de demande de titre de séjour
- l'intention frauduleuse n'est pas caractérisée en l'espèce : notamment, la circonstance que Mme X soit entrée en France munie d'un visa de court séjour et s'y soit maintenue au-delà de sa validité munie d'un récépissé de demande de titre de séjour pour soins ne semble pas de nature à établir l'intention frauduleuse ; aucun élément du dossier n'indique qu'elle aurait pu anticiper la dégradation alléguée de son état de santé ; au regard de l'avis du médecin de l'agence régionale de santé, le préfet A a décidé de rejeter la demande de titre de séjour de Mme X et de lui notifier une obligation de quitter le territoire français ; l'appelante ayant contesté cette décision devant le tribunal administratif de Lyon, elle a pu légitimement penser qu'elle pouvait se maintenir sur le territoire dans l'attente du jugement intervenu le 13 mars 2017
- dans leur version applicable au litige, les articles L. 161-8 et R. 161-3 du code de la sécurité sociale prévoyaient que les droits à l'assurance maladie étaient maintenus pendant un an à compter de la perte d'une des conditions permettant l'ouverture de ces droits comme, par exemple, la perte du droit au séjour ; ce maintien des droits à l'assurance maladie s'appliquait à tous les régimes obligatoires, y compris à l'affiliation sur critère de résidence puisqu'aucune disposition du code de la sécurité sociale ne permet expressément de l'exclure ; dès lors, les sommes recouvrées par la caisse au titre de l'indu de prestations en nature dans le cadre de la CMU-C l'ont été en contradiction avec les textes et les consignes ministérielles
- au vu de ce qui précède, il apparaît que Mme X a connu une atteinte à ses droits en qualité d'usagère d'un service public.

Conformément aux dispositions de l'article 455 du code de procédure civile, il est référé pour le surplus aux écritures déposées par les parties à l'appui de leurs explications orales devant la cour.

## **MOTIFS DE LA DÉCISION**

### ***\* Sur la recevabilité de l'appel***

L'appel interjeté par Mme X est recevable par application des dispositions combinées des articles L. 134-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa version applicable jusqu'au 31 décembre 2018, qui dispose que les décisions des commissions départementales sont susceptibles d'appel devant la commission centrale d'aide sociale, et 12 de la loi n°2016-1547 de modernisation de la Justice du XXIème siècle du 18 novembre 2016 ayant transféré au 1<sup>er</sup> janvier 2019 l'ensemble des contentieux de la commission centrale d'aide sociale vers les cours d'appel.

### ***\* Sur le fond***

Aux termes de l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale, dans sa version antérieure à la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 applicable à la cause, « *Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité. Un décret en Conseil d'Etat précise la*

*condition de résidence mentionnée au présent article ».*

L'article R. 380-1 du même code, pris en application des dispositions précitées, dispose pour sa part :

*« I.-Pour être affiliées ou rattachées en qualité d'ayants droit au régime général, les personnes visées à l'article L. 380-1 doivent justifier qu'elles résident en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.*

*(...)*

*II.-Les personnes de nationalité étrangère doivent en outre justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation.*

*III.-Pour bénéficier du service des prestations en nature des assurances maladie et maternité, les personnes mentionnées à l'article L. 380-1 doivent résider en France conformément aux dispositions de l'article R. 115-6 ».*

Encore, aux termes de l'article L. 861-1, *« Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. (...) ».*

Il ressort de ces dispositions que la couverture maladie universelle de base (CMU) et complémentaire (CMU-C) bénéficie notamment aux personnes de nationalité étrangère résidant de manière stable et régulière en France. La condition de régularité de la résidence s'apprécie à la date de leur affiliation et au moyen de la production par le ressortissant de nationalité étrangère d'un titre ou de tout document attestant la régularité de sa situation au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France. A cet égard, la circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle (assurance maladie et protection complémentaire) précise que *« A défaut de la production d'une carte de séjour, dès lors que l'intéressé peut attester par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, autre) qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de régularité de résidence définie à l'article L. 380-1 ».* En outre, l'affiliation prend effet à compter du jour où la caisse primaire d'assurance maladie reçoit la déclaration que lui a faite l'intéressé accompagnée des pièces justifiant de la stabilité et, s'il y a lieu, de la régularité de sa résidence sur le territoire (en ce sens, circulaire DSS/5 A/5 B n° 2000-21 du 12 janvier 2000 relative à l'affiliation au régime général de sécurité sociale sous condition de résidence et au versement de la cotisation).

En l'espèce, il n'est pas contesté qu'au jour de son affiliation, le 25 août 2015, Mme **X** justifiait résider en France, chez sa fille, de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et était titulaire d'un récépissé de demande de carte de séjour valable du 14 août au 13 novembre 2015. La mesure d'obligation de quitter le territoire français prise par le préfet **A** est postérieure à la date d'affiliation puisqu'elle a été prise le 8 septembre 2015 et a été notifiée à l'intéressée par lettre recommandée dont l'avis de réception a été signé le 15 septembre 2015. Il en résulte qu'à la date de son affiliation, Mme **X** remplissait bien la condition de stabilité et de régularité de sa résidence en France.

Selon l'article L. 161-8, *« Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus*

remplies, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces. (...) ».

En application de l'article R. 161-3, alinéas 1 et 2, le délai prévu par l'article précité pendant lequel le droit aux prestations en espèces et en nature est maintenu est fixé à douze mois.

Il découle de ces dispositions que si Mme X ne remplissait plus, à compter du 8 septembre 2015, la condition de régularité de sa résidence pour bénéficier de la CMU et de la CMU-C, elle pouvait néanmoins prétendre au maintien de son droit aux prestations jusqu'à l'expiration de la période d'un an de droit. Dès lors, c'est à tort que la caisse a décidé que Mme X ne pouvait plus bénéficier de la CMU et de la CMU-C à compter de la décision lui faisant obligation de quitter le territoire français.

En l'espèce, la caisse a, par courrier recommandé du 22 janvier 2016 et au visa des articles L. 861-10 et R. 861-22 et suivants du code de la sécurité sociale, adressé à Mme X un « avis de somme à payer - recouvrement des prestations indues en matière de protection complémentaire santé (CMUC) ».

L'article L. 861-10 dispose :

« I.-En cas de réticence du bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé à fournir les informations requises ou de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant la protection complémentaire est rapportée. Le rapport de la décision entraîne la nullité des adhésions et contrats prévus au b de l'article L. 861-4.

(...)

IV.-Les organismes prévus à l'article L. 861-4 peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite sur décision de l'autorité administrative compétente. Les recours contentieux contre les décisions relatives aux demandes de remise ou de réduction de dette et contre les décisions ordonnant le reversement des prestations versées à tort sont portés devant la juridiction mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

V.-Les dispositions des premier et troisième alinéas de l'article L. 332-1 sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé et aux organismes mentionnés à l'article L. 861-4 ».

Force est de constater que la caisse ne démontre pas une quelconque réticence de Mme X à fournir des informations qui lui auraient été réclamées. Elle n'établit pas davantage le caractère faux et intentionnel de la déclaration puisqu'à la date de la demande, Mme X remplissait bien l'ensemble des conditions requises.

Au vu de ce qui précède, c'est à tort que la caisse a décidé que Mme X ne pouvait plus bénéficier de la CMU et de la CMU-C et lui a fait obligation de procéder au remboursement de la somme de 2 232,32 euros par courrier du 22 janvier 2016. Aussi convient-il d'infirmer la décision déférée, de dire que Mme X pouvait bénéficier du maintien de la couverture assurance maladie (CMU) et complémentaire (CMU-C) jusqu'au 30 septembre 2016 et d'ordonner à la caisse de rembourser à Mme X la somme de 2 232,32 euros, l'appelante s'étant, dans l'attente de l'issue du litige, acquittée du paiement de la somme réclamée.

Il y a lieu de statuer sur les dépens conformément à l'article 696 du code de procédure civile, l'article R. 144-10 du code de la sécurité sociale prévoyant la gratuité en la matière ayant été abrogé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 par le décret n°2018-928 du 29 octobre 2018 relatif au

contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale.

La caisse, partie perdante, sera condamnée aux dépens d'appel.

**PAR CES MOTIFS :**

**La cour, statuant par arrêt contradictoire, rendu en dernier ressort et mis à disposition au greffe,**

Déclare recevable l'appel formé par Mme X veuve Y à l'encontre de la décision de la commission départementale d'aide sociale A prise lors de sa séance du 30 janvier 2017,

Infirmes la décision de la commission départementale d'aide sociale A prise lors de sa séance du 30 janvier 2017 en ce qu'elle a confirmé la décision de la caisse primaire d'assurance maladie Z

Statuant à nouveau et y ajoutant,

Dit que c'est à tort que la caisse primaire d'assurance maladie Z a décidé que Mme X veuve Y ne pouvait plus bénéficier de la couverture maladie universelle de base (CMU) et complémentaire (CMU-C) et lui a fait obligation de procéder au remboursement de la somme de 2 232,32 euros par courrier du 22 janvier 2016,

Dit que Mme X veuve Y pouvait bénéficier du maintien de la couverture assurance maladie de base (CMU) et complémentaire (CMU-C) jusqu'au 30 septembre 2016,

Ordonne à la caisse primaire d'assurance maladie Z de rembourser à Mme X veuve Y la somme de 2 232,32 euros,

Condamne la caisse primaire d'assurance maladie Z aux dépens d'appel.

LA GREFFIÈRE

  
Malika CHINOUNE

LA PRESIDENTE

  
Elizabeth POLLE-SENEAUC