



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

Suisse

Question écrite n° 40681

Texte de la question

M. Alain Chrétien interroge Mme la ministre des affaires sociales et de la santé au sujet du projet de décret visant à ne pas prolonger au-delà du 1er juin 2014 le dispositif dérogatoire à l'assurance maladie dont bénéficient actuellement les travailleurs résidant en France mais travaillant en Suisse. Il rappelle que 169 000 personnes résident en France et travaillent en Suisse. Ces travailleurs avaient jusqu'à présent le choix entre le système suisse, l'assurance maladie française ou une assurance privée. S'appuyant sur un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, ce projet obligerait les personnes concernées, si elles choisissent d'être assurées en France, à cotiser uniquement auprès de la sécurité sociale et à ne plus opter pour une assurance privée. Une telle mesure rapporterait à terme 150 millions d'euros à la sécurité sociale. Il souligne que les caisses primaires d'assurance maladie ne sont absolument pas prêtes à recevoir dans six mois 160 000 cotisants supplémentaires et, d'autre part, qu'il s'agit d'une véritable atteinte à la liberté de choix des travailleurs transfrontaliers. Aussi, il lui demande de bien vouloir envisager le retrait de ce projet de décret.

Texte de la réponse

Depuis le 1er juin 2014, les travailleurs frontaliers de la Suisse, lorsqu'ils choisissent d'être assurés en France dans les conditions prévues par l'accord Union européenne - Suisse sur la libre circulation des personnes, doivent désormais s'affilier auprès de l'assurance maladie. Ils n'ont plus la possibilité de choisir un assureur privé. Ainsi, ceux qui détiennent un contrat auprès d'un assureur privé sont concernés par le basculement vers l'assurance maladie française. La fin du « droit d'option » était annoncée puisque c'est la loi elle-même qui prévoyait son extinction programmée, sans qu'il soit besoin de prendre une nouvelle mesure législative. Il s'agissait d'une dérogation, maintenue en 2002, puis prorogée en 2006 jusqu'au 31 mai 2014. Cette dérogation ne se justifiait plus au regard du caractère universel, mutualisé et solidaire de notre système de sécurité sociale. Elle soulevait un problème de constitutionnalité. Le débat parlementaire qui a eu lieu à l'automne 2013 a permis d'explicitier les tenants et aboutissants sur ce dossier et la concertation a été très étroite avec les associations de frontaliers. Le Gouvernement a été particulièrement soucieux du bon déroulement de la transition pour les frontaliers. Une mission a été confiée en ce sens à l'IGAS et à l'IGF ; toutes les administrations concernées ont travaillé à la mise en place du cadre juridique et opérationnel de la réforme. Ainsi, deux décrets publiés le 23 mai 2014 ainsi qu'une circulaire détaillent les modalités de mise en oeuvre et apportent toutes les garanties aux intéressés quant à la qualité de leur couverture sociale tout en tenant compte de leur situation professionnelle et personnelle particulière. Pour faciliter cette transition, l'intégration dans le régime général peut intervenir à l'échéance annuelle du contrat d'assurance privée, soit entre le 1er juin 2014 et le 31 mai 2015 au plus tard. Les frontaliers qui le souhaitent peuvent bien entendu anticiper cette échéance et se rapprocher de leur caisse d'assurance maladie avant le terme de leur contrat. La prise en charge des soins par l'assurance maladie française est effective dès la fin du contrat d'assurance privée. S'agissant des modalités de prise en charge des soins réalisés en Suisse, il est important de rappeler que les règles européennes et les procédures existantes en la matière offrent d'ores et déjà un cadre adapté pour les soins transfrontaliers. En outre, différentes mesures d'assouplissement ont été prises par le Gouvernement pour tenir compte de la situation spécifique des

frontaliers, en vue de garantir l'accès et la continuité des soins. Ainsi est prévue la possibilité de choisir un médecin traitant en France ou en Suisse, afin de pouvoir respecter le parcours de soins et de bénéficier d'un meilleur remboursement. L'accès aux soins programmés hospitaliers ou coûteux en Suisse est facilité pour les frontaliers résidant dans des zones à faible densité médicale. S'agissant des soins lourds entamés en Suisse avant le 1er juin 2014, le remboursement par l'assurance maladie est autorisé dans certaines conditions pour les travailleurs frontaliers suisses et leurs ayants droit. Pour les frontaliers qui effectueraient des soins par commodité en marge de leur travail, le remboursement sur la base des tarifs suisses est possible. En revanche, les autres soins ambulatoires non urgents seront remboursés sur la base des tarifs français. La date du 1er juin 2014 marque le terme d'un processus dense au cours duquel toutes les parties prenantes ont pu faire valoir leurs points de vue et ont été entendues. Les services des CPAM et des URSSAF sont à l'écoute des frontaliers ; un numéro d'appel dédié a par ailleurs été mis en place (0 811 910 024).

Données clés

Auteur : [M. Alain Chrétien](#)

Circonscription : Haute-Saône (1^{re} circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 40681

Rubrique : Politique extérieure

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales, santé et droits des femmes

Date(s) clé(e)s

Question publiée au JO le : [22 octobre 2013](#), page 10937

Réponse publiée au JO le : [4 novembre 2014](#), page 9267