



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

frais médicaux

Question écrite n° 56430

Texte de la question

M. Lionel Tardy attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur le décret n° 2014-516 du 22 mai 2014 relatif aux modalités de liquidation et de recouvrement de la cotisation maladie due par les personnes affiliées au régime général sur critère de résidence et à diverses dispositions relatives aux soins dispensés hors de France. Ce décret modifie notamment l'article R. 332-4 du code de la sécurité sociale, qui prévoit désormais que « les caisses d'assurance maladie ne peuvent procéder que sur autorisation préalable au remboursement des frais de soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse [...] » dans le cadre d'un traitement adapté. Or, dans la rédaction précédente de l'article précité tout comme dans le projet de décret, une exception était prévue pour les soins « inopinés », autrement dit pour les soins urgents. Il souhaite connaître les raisons pour lesquelles cette exception a disparu, alors même qu'elle est nécessaire puisque, par définition, une autorisation préalable ne peut être demandée pour des soins urgents et donc imprévus.

Texte de la réponse

Les dispositions du décret no 2014-516 du 22 mai 2014 relatif aux modalités de liquidation et de recouvrement de la cotisation maladie due par les personnes affiliées au régime général sur critère de résidence et à diverses dispositions relatives aux soins dispensés hors de France ne concernent pas spécifiquement les travailleurs frontaliers de la Suisse mais clarifient les dispositions nationales de portée générale, pour tenir compte de l'évolution des textes européens. Ce décret permet notamment d'actualiser les dispositions des articles R. 332-3 à R. 332-6 du code de la sécurité sociale, pour tenir compte de certaines dispositions du règlement (CE) no 883/2004 de coordination des systèmes de sécurité sociale, applicable à la Suisse depuis le 1er avril 2012 et enfin, de la directive 2011/24/UE relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, applicable depuis le 25 octobre 2013. L'article R. 332-3 précité prévoit les modalités de prise en charge des soins "médicalement nécessaires en cas de séjour temporaire" dans un autre Etat membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse, au sens du règlement 883/2004, c'est-à-dire les soins imprévus, tandis que l'article R. 332-4 porte sur la prise en charge des soins programmés. Pour ce qui concerne les soins imprévus (dits "médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire"), il s'agit de tous les soins qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical afin que la personne assurée ou son ayant droit ne soit pas contraint de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, son État de résidence pour y recevoir le traitement nécessaire. Il s'agit de soins qui ne peuvent pas faire l'objet d'une programmation et ne sont donc pas soumis à autorisation préalable de la caisse d'assurance maladie de l'intéressé : ils s'appliquent aux personnes qui, lors d'un séjour touristique ou pour tout autre motif, notamment professionnel, dans un autre Etat membre, tombent malades ou se blessent et doivent donc être soignés dans cet Etat. S'agissant des travailleurs frontaliers en Suisse qui résident en France et ayant opté pour une couverture maladie dans leur Etat de résidence, ils peuvent bénéficier de la prise en charge de soins reçus en marge de leur travail en Suisse sur la base de ces dispositions, comme indiqué dans la circulaire ministérielle no DSS/DACI/5B/2A/2014/147 du 23 mai 2014 relative à l'intégration dans le régime

général de sécurité sociale des frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse et à leur accès aux soins. Les frontaliers sont en effet considérés comme étant en "séjour temporaire" pendant leur semaine de travail en Suisse. Par ailleurs, l'article R. 332-4 du code de la sécurité sociale précise sous quelles conditions les soins programmés par des assurés d'un régime français ou leurs ayants droit dans un autre Etat membre de l'UE, EEE ou en Suisse peuvent être pris en charge par l'assurance maladie. Les soins programmés sont ceux que le patient planifie à l'avance et qui constituent la raison principale du déplacement dans un autre Etat membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse. Dans l'UE, les seuls soins programmés qui sont soumis à autorisation préalable (formulaire européen S2 « droit aux soins programmés ») sont les suivants : - les soins qui requièrent au moins une nuit dans un établissement de soins, c'est-à-dire les soins hospitaliers, y compris les soins de suite et les cures thermales avec hospitalisation ; - ceux nécessitant le recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux, qui figurent sur une liste établie par arrêté ministériel (notamment les IRM, scanner, le traitement du cancer, les soins cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation). Dans l'UE, la prise en charge des autres soins programmés ne requièrent plus d'autorisation préalable de la caisse d'assurance maladie compétente, depuis la directive 2011/24/UE en matière de soins transfrontaliers, ce qui correspond aux dispositions du III de l'article R. 332-4 du code de la sécurité sociale. Concernant la Suisse, il convient de rappeler que la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union Européenne en matière de libre circulation des services (notamment la jurisprudence Kroll et Decker) permettant à un assuré de bénéficier d'un remboursement des soins ambulatoires par son Etat d'affiliation, sans autorisation préalable de son organisme d'assurance maladie, n'est pas applicable dans la relation franco-suisse. La directive 2011/24/UE qui intègre cette jurisprudence, n'est pas non plus applicable à la Suisse qui ne l'a pas reprise à ce jour. Pour cette raison, la Suisse n'est pas mentionnée au III dudit article R. 332-4. Toutefois, le Gouvernement a admis que les travailleurs frontaliers de la Suisse puissent bénéficier, sans autorisation préalable de leur caisse d'assurance maladie, d'un remboursement des soins ambulatoires non urgents en Suisse, hors hospitalisation complète (par exemple, l'achat d'optique sur prescription médicale). Ces soins leur sont remboursés par l'assurance maladie sur la base des tarifs français (voir circulaire ministérielle du 23 mai 2014).

Données clés

Auteur : [M. Lionel Tardy](#)

Circonscription : Haute-Savoie (2^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 56430

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Affaires sociales

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [3 juin 2014](#), page 4402

Réponse publiée au JO le : [7 juin 2016](#), page 4993