



## Les midis du Parlement européen

### Comment se faire soigner à l'étranger dans l'Union européenne ?

Jeudi 28 juin 2007

***Intervenants invités : Dominique NAZET-ALLOUCHE (spécialiste du droit social européen au Centre d'Etudes et de Recherches Internationales et Communautaires) – Maryse THOLLON (chef du service des relations internationales de la Caisse Primaire d'assurance maladie des Bouches du Rhône)***

*Le débat commence à 12 h 15.*

**Mme COUSTET.**- Bonjour à tous. Je vous souhaite la bienvenue aux Midis du Parlement européen. C'est notre dernière séance avant l'été, et nous avons décidé de la consacrer à un sujet utile pour les vacances : les soins de santé à l'étranger, dans l'Union européenne.

Je vous prie tout d'abord de nous excuser : M. Mavridis, le fonctionnaire de la Commission européenne qui devait être notre intervenant aujourd'hui, a eu un empêchement de service et n'a pas pu rejoindre Marseille ; il s'en excuse auprès de vous et auprès de nous. Nous l'avons remplacé au pied levé par Dominique NAZET-ALLOUCHE, que je remercie

---

**Les midis du Parlement européen** – Marseille – le 28 juin 2007 - les soins de santé à l'étranger  
PARLEMENT EUROPEEN - Bureau d'information pour le Sud-est - [www.lesmidis.eu](http://www.lesmidis.eu)  
*les propos des intervenants n'engagent pas le Parlement européen en tant qu'institution.*

grandement. Elle ne vient pas de Bruxelles mais d'Aix-en-Provence, du centre d'Etudes et de relations internationales et communautaires, et elle est spécialiste du droit social européen. Elle va nous exposer l'état du droit communautaire sur la libre circulation des patients et les soins de santé à l'étranger, qu'ils soient imprévus ou prévus.

Je remercie aussi Maryse Thollon, qui a accepté quant à elle de nous présenter les aspects pratiques de cette libre circulation des patients, puisqu'elle est chef du service des relations internationales de la Caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône. C'est quelqu'un que vous n'avez pas l'occasion de voir tous les jours, mais qui travaille dans les bureaux à vos dossiers. Je la remercie beaucoup d'être là, ce n'est pas son métier que de parler en public, il est difficile d'avoir des praticiens qui viennent en conférence. Maryse a également accepté de répondre à certains journalistes avant aujourd'hui, et je l'en remercie. Elle est ici au quotidien, dans notre région : point n'est besoin d'aller jusqu'à Bruxelles pour faire l'Europe.

Je laisse la parole à nos deux intervenantes.

### **Mme NAZET-ALLOUCHE.**

Bonjour à tous, le thème du débat d'aujourd'hui peut se résumer ainsi : la libre circulation des patients existe-t-elle en Europe ? Autrement dit, peut-on recevoir des soins dans un Etat européen dans lequel on ne réside pas et dans lequel on n'est pas assuré ? Selon quelles modalités financières se fait la prise en charge ? De manière plus pragmatique, dans quelle mesure un assuré social français peut-il aller en Belgique ou en Espagne, chercher des lunettes ou se faire soigner les dents et dans quelle mesure est-il pris en charge financièrement ?

Avant de répondre à ces questions, il me semble important de préciser qui a bouleversé les termes de cette problématique.

La possibilité de se faire soigner dans un autre Etat membre a été sinon posée, du moins grandement élargie au point que l'on parle désormais de « libre circulation des patients », par la Cour de justice des Communautés européennes. Cette libre circulation- qui n'est toutefois pas totale- a été imposée aux Etats membres dont certains se sont montrés pour le moins réticents. La Cour de justice a ensuite été relayée efficacement par la Commission européenne. Avant d'évoquer la jurisprudence de la Cour de justice, dont les premières décisions datent d'avril 1998, deux mots sur le régime applicable jusqu'alors.

**1 -Avant la jurisprudence précitée de la Cour de justice des CE,** il existait deux possibilités de prise en charge des soins reçus à l'étranger.

#### **1<sup>er</sup> cas : les soins « inopinés »** dits encore « immédiatement nécessaires »

Une personne pouvait recevoir les soins urgents justifiés par son état de santé à l'occasion d'un séjour temporaire dans un autre Etat que le pays d'affiliation pour des raisons touristiques, professionnelles ou de formation scolaire. Si l'assuré était en possession du fameux formulaire E111, il était traité comme s'il était assuré dans le pays dans lequel les soins étaient dispensés. A défaut de formulaire E111, il devait intégralement procéder à l'avance des frais médicaux engagés et se faire rembourser par la caisse d'affiliation à son retour.

### **2eme cas : les soins programmés autorisés au préalable**

En application des règles européennes, les Etats membres avaient la possibilité de soumettre les soins programmés à l'autorisation préalable de la sécurité sociale du pays d'affiliation. Bien évidemment, tous les pays avaient instauré ce régime de l'autorisation préalable.

Dans ces deux cas les soins étaient pris en charge et l'assuré avait droit aux prestations en nature servies par l'institution du lieu de séjour pour le compte de l'institution du pays d'affiliation, sur la base des tarifs et des conditions de remboursement en vigueur dans le régime légal de l'Etat dans lequel les soins étaient dispensés.

En revanche, hormis ces deux cas, aucune prise en charge financière n'était prévue par le droit communautaire et les droits nationaux n'allaient pas au-delà des prescriptions communautaires. Autrement dit, les soins programmés –hospitaliers et non hospitaliers – reçus sans demande d'autorisation préalable ou en dépit d'un refus d'autorisation restaient à la charge du patient.

Ce schéma, qui convenait bien évidemment à l'ensemble des Etats membres, fut bouleversé par les institutions européennes.

**2- A partir de 1998, la Cour de justice des CE a dégagé une jurisprudence audacieuse, novatrice en matière de soins de santé transfrontaliers.** Elle a, en quelques arrêts, décloisonné les systèmes protectionnistes nationaux des soins de santé, européenisé ces derniers et assuré, tout au moins en partie, la libre circulation des patients au sein de l'Union européenne, amorçant la reconnaissance d'un droit des patients non seulement à l'accès aux soins mais également à des soins de qualité. Comment a-t-elle procédé ? En immergeant les règles du marché intérieur dans le domaine de la santé, plus précisément en considérant que les soins de santé constituaient une activité économique visée par les principes de libre circulation des biens et de services.

Tout est parti de deux petites affaires : les désormais fameuses affaires Khol et Decker.

-Monsieur Khol, citoyen luxembourgeois ne souhaitant pas faire soigner sa fille chez le seul orthodontiste pratiquant à l'époque au Luxembourg, a demandé l'autorisation à sa caisse de sécurité sociale de s'adresser à un praticien en Allemagne. En dépit du refus de l'institution compétente, Monsieur Khol a néanmoins fait soigner sa fille et demandé ensuite le remboursement du traitement orthodontique sur la base des barèmes luxembourgeois.

-Monsieur Decker, assuré au Luxembourg, pour sa part prétendait au remboursement d'une paire de lunettes prescrites par un praticien exerçant au Luxembourg mais achetée en Belgique, ce qui lui fut refusé par sa caisse de sécurité sociale au motif que l'achat de tout produit médical à l'étranger devait être au préalable autorisé. La Cour de justice a fait droit aux prétentions des deux assurés se fondant sur la libre circulation des marchandises pour les lunettes et sur la libre prestation de services pour le traitement orthodontique.

Après ces deux affaires le contentieux s'est amplifié pour gagner notamment les soins hospitaliers et les bases de remboursement. Une jurisprudence fournie, précise s'est donc développée qui a conduit la Commission européenne à modifier les règles communautaires. Ce n'est que dans un troisième temps que les Etats membres et donc la France ont modifié

leur propre législation, et il faut bien l'avouer en trainant les pieds au moins pour certains, notre cher pays ne faisant pas partie du peloton de tête.

### **3- Cette jurisprudence de la Cour de justice des CE a provoqué la modification des normes communautaires mais également du droit français**

-Elle a conduit à la modification des dispositions des textes communautaires, et plus précisément le fameux règlement 1408 /71 relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale, mais elle également été prise en compte par la fameuse directive services appelée conjoncturellement « directive Bolkenstein ».

-Le droit français a dû, pour sa part, s'adapter. La jurisprudence de la Cour de justice des CE à Luxembourg a tout d'abord conduit la Cour de cassation à modifier sa propre jurisprudence. Elle a également obligé la France à modifier sa réglementation. La tâche ne fut pas chose aisée comme dans la plupart des Etats membres. La mise en conformité s'est faite progressivement par paliers plaçant la France pendant un certain nombre d'années en délicatesse avec le droit communautaire.

➤ Trois circulaires, entre 2001 et 2004, ont progressivement mais de manière incomplète mis en œuvre la jurisprudence de la Cour de justice et admis la prise en charge des soins reçus dans un pays de l'Union européenne.

➤ Sans aucun doute sous la pression et le regard de la Commission et précipitée par l'arrêt relatif aux laboratoires d'analyse de biologie médicale, ce n'est que dans un deuxième temps -en 2004 - 2005- que la France se décide à mettre sa réglementation en conformité avec la jurisprudence communautaire 2005. Cette mise en conformité s'est opérée au moyen de trois instruments :

- L'ordonnance du 15 avril 2004 qui modifie l'article L.332- 3 CSS

- Le décret du 19 avril 2005 qui remplace l'ancien article R-332-2 du Code de la Sécurité sociale par les actuels articles R.332-2 à R.332-6 CSS lesquels constituent désormais une section 2 de France du Titre III Livre III Chapitre II CSS, intitulée « Soins dispensés hors de France».

- Une circulaire en date du 19 mai 2005 qui met en œuvre le décret précédent. De manière accessoire mais complémentaire, il mérite d'être signalé qu'une seconde circulaire en date du 27 mai 2005 est venue régler la question de l'articulation du nouveau parcours de soins coordonné mis en place par l'article L.165-2-3 CSS avec la dispense de soins à l'étranger au bénéfice des assurés français (au demeurant cette circulaire règle également le problème pour les assurés d'un régime étranger recevant des soins en France).

Sur le plan légal et réglementaire , la prise en charge des soins dispensés à l'étranger fait aujourd'hui l'objet de deux régimes distincts qui sont : le régime des soins dispensés hors de l'Union européenne et de l'EEE régi par l'article R-332-2 CSS, et le régime des soins dispensés dans l'Union européenne et l'EEE régi par les articles R-332-3 à R 332-6 CSS.

#### 4 - Le régime actuel

Aujourd'hui les possibilités de se faire soigner dans un autre pays que l'Etat d'affiliation sont nettement plus étendues. Mais qui est concerné, dans quels pays et pour quels types de soins ?

##### a) Dans quels pays ?

Dans les pays de l'Union européenne y compris la Roumanie et la Bulgarie mais aussi dans les pays faisant partie non de l'Union mais de l'EEE c'est-à-dire l'Islande, la Norvège, le Lichtenstein et enfin la Suisse.

##### b) Qui ?

Toute personne assurée sociale c'est-à-dire bénéficiant d'un régime légal de sécurité sociale dans l'un des pays de l'EEE ou en Suisse avec cependant quelques particularités pour ce dernier pays.

**Mme COUSTET.**- Il n'y a pas de condition de nationalité communautaire?

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Les ressortissants des Etats tiers bénéficient depuis 2003 des dispositions du règlement 1408 et de ses modifications. Dans la mesure où ils sont en situation régulière et sont assurés sociaux dans l'un des pays de l'EEE ou en Suisse, ils bénéficient des mêmes solutions que les ressortissants communautaires.

##### c) Pour quels soins et selon quelles modalités?

Ces soins peuvent intervenir de manière fortuite, à l'occasion d'un voyage pour des raisons personnelles ou d'un déplacement professionnel, ou le patient se rendant dans un autre pays que son Etat d'affiliation pour se faire soigner  
Il convient de distinguer les soins nécessaires et les soins programmés

###### - les soins nécessaires

Désormais sont pris en charge non pas simplement les soins urgents mais les soins rendus nécessaires par l'état de santé de lors d'un voyage. Dans ce cas la prise en charge des soins se fera de manière plus aisée au moyen de la carte européenne d'assurance maladie ou d'un certificat provisoire de remplacement (délivré en attendant la fabrication (environ 15 jours de délai à compter de la demande) et la réception.

La carte européenne d'assurance maladie (CEAM) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2004 progressivement généralisée pour concerner tous les pays de l'EEE depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

La CEAM tend à alléger les procédures bureaucratiques et à remplacer tous les formulaires de la série E100. Aujourd'hui, c'est une simple carte plastifiée (sans bande magnétique, ni puce électronique). Elle devrait être électronique fin 2008.

Individuelle, elle est destinée à permettre aux personnes qui se déplacent au sein de l'Espace Economique Européen ainsi qu'en Suisse pour des raisons touristiques, professionnelles ou scolaires, de bénéficier plus aisément des soins de santé. La CEAM dispense d'avancer les frais et permet de bénéficier de la prise en charge sur place en fonction de la législation sociale et des formalités du pays de séjour. Elle garantit le remboursement des frais médicaux sur place ou très rapidement après le retour dans le pays d'affiliation si l'assuré a dû faire l'avance de certaines dépenses de soins médicaux.

La carte porte-t-elle des informations médicales concernant le titulaire? La carte européenne a pour but de faciliter l'accès aux soins médicaux lors d'un séjour temporaire dans un autre État membre et d'accélérer leur remboursement. Elle ne contient donc pas d'information sur l'état de santé de son titulaire (p.ex. groupe sanguin, antécédents)

### - les soins programmés

D'une manière générale, la prise en charge des soins n'est possible que si elle est prévue par la législation de l'Etat d'affiliation c'est-à-dire la législation française.

Concernant ceux-ci, il faut distinguer deux types de soins : les soins non hospitaliers et les soins hospitaliers. Cette distinction pose d'ailleurs une difficulté pratique dans la mesure où il n'existe pas à l'heure actuelle de définition communautaire des notions de soins « hospitaliers » et « non hospitaliers ».

#### **a- Les soins hospitaliers**

Pour les assurés au régime français l'autorisation préalable de la caisse de sécurité sociale est requise.

La prise en charge est faite aux conditions de l'Etat dans lequel les soins sont dispensés et si celles-ci sont inférieures à celles prévues par le régime français la différence est due à l'assuré.

#### **b- Les soins non hospitaliers**

Pour ces derniers le régime de l'autorisation préalable existe toujours. Toutefois, d'une part il a été profondément modifié sous l'influence de la jurisprudence de la Cour de justice ; d'autre part l'autorisation préalable n'a plus qu'un effet limité dans la mesure où elle n'est plus indispensable et fait seulement varier les conditions de prise en charge.

- si l'autorisation préalable est demandée et délivrée, les conditions de prise en charge se feront dans les mêmes conditions que l'hypothèse précédente.

- si l'autorisation n'est pas demandée ou a été refusée, la prise en charge se fera au retour de l'assuré dans les conditions prévues par la législation française c'est-à-dire sur la base des tarifs et des taux de remboursement français. Les assurés peuvent ainsi, par exemple, consulter un professionnel de santé en Belgique et acheter les médicaments prescrits en Allemagne sans autorisation préalable et, à leur retour en France, présenter à leur caisse d'affiliation la facture correspondant aux frais exposés. La caisse d'affiliation est tenue de prendre en charge les soins dans les conditions prévues par la réglementation française et notamment de les rembourser sur la base des tarifs français, dans la limite des dépenses

engagées. Attention cette dernière hypothèse n'est pas applicable pour la Suisse : en cas de soins programmés dispensés en Suisse, l'autorisation préalable est toujours nécessaire.

**Alors tout est bien qui fini bien ?** Hélas loin de là car la pratique montre de réelles difficultés d'application. En fait tout n'est pas aussi rose que la seule lecture des textes pourrait le laisser penser

Même les droits les plus anciens, tels que celui de recevoir les soins nécessaires dans l'un des Etats membres de l'Union européenne à l'occasion d'un déplacement, ne sont pas toujours bien appliqués.

D'une part, la carte européenne ne fonctionne pas toujours très bien. Dans les faits, peu d'assurés en possession de la CEAM réussissent à accomplir les formalités sur place et reviennent avec des factures qu'ils adressent ensuite à leur caisse d'affiliation.

D'autre part, une hospitalisation d'urgence à l'étranger peut aussi coûter très cher, notamment quand un établissement ignore la carte européenne présentée par le patient et lui applique les honoraires libres des assurés du secteur privé, comme ce peut être le cas en Allemagne ou en Autriche notamment. Or, les tarifs pratiqués dépassent ceux prévus par les procédures de remboursement. Voilà, rapidement brossé, le tableau de la prise en charge des soins en Europe. Je vous remercie de votre attention.

**Mme COUSTET.**- Merci. Je passe maintenant la parole à Maryse Thollon.

**Mme THOLLON.**- Bonjour. Dans mon service, une des activités est le paiement des soins à l'étranger. Nous allons d'abord éliminer ce qui n'est pas européen, car nous remboursons les soins hors de France quelle que soit la partie du monde.

Dans le cas des travailleurs détachés, que vous avez déjà abordé, dans la mesure où leur employeur continue à payer les cotisations en France, nous les remboursons, qu'ils soient en Europe ou n'importe où dans le monde.

En dehors des travailleurs détachés, le monde est divisé en trois parties : l'Europe, avec les règlements communautaires, qui sont de loin les plus avantageux, les conventions bilatérales avec certains pays (32 ou 33), et tous les autres pays.

Les conventions bilatérales sont réservées aux nationaux du pays qui sont couverts par la convention. Dans le reste du monde, il y a un texte ancien de la Sécurité sociale qui est toujours en vigueur, et qui parle de territorialité : les caisses ne remboursent les soins que s'ils sont reçus en France. Nous ne sommes responsables des soins et ne devons les prendre en charge que s'ils sont donnés sur le territoire français. C'est la règle de base : autrement dit nous pourrions refuser dans tous les autres cas. C'est ce qui se passe – et c'est laissé à l'appréciation des Caisses - dans les pays qui ne sont pas liés par une convention. Pour les autres, et notamment pour l'Europe, quasiment tous les soins sont remboursables, avec des formalités diverses. Par exemple, dans le code de la sécurité sociale qui est notre bible, nous avons remplacé en 2005 le mot "France" par le mot "EEE" : on considère désormais que les "soins à l'étranger" ne sont plus les "soins donnés hors de France" mais "les soins donnés hors de l'EEE".

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- C'est le résultat de la prise en compte de la jurisprudence de la Cour de justice des CE.

**Mme THOLLON.**- Ce n'est pas banal, chez nous, de modifier le code en l'élargissant à ce point.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- On n'avait pas le choix : le droit européen s'impose au droit français.

**Mme THOLLON.**- Il y a donc deux possibilités quand vous allez dans un pays: que ce soit avec la carte européenne ou un autre formulaire, vous pouvez être pris en charge par le pays de séjour. C'est même la règle de base qui existe depuis les règlements communautaires : le principe n'est pas de ramener les feuilles de soins, mais de se faire prendre en charge dans le pays. Il faut bien comprendre en effet que c'est le pays qui est le mieux à même de savoir quels soins on vous a donnés, quels professionnels de santé sont intervenus, et de vous rembourser sur cette base ; il vous traite comme une personne assurée dans le pays.

Vous avez néanmoins la possibilité de ramener les feuilles de soins. Auquel cas vous avez encore deux possibilités : soit les soins sont supérieurs à 1 000 €, soit ils ne le sont pas.

. Au-dessus de 1 000 € nous sommes obligés d'interroger le pays, qui nous donne le montant qu'il aurait lui-même remboursé si l'assuré s'était adressé directement à la caisse de Sécurité sociale étrangère. Nous reversons alors ce montant à 100 %.

. Au-dessous de 1 000 €, l'assuré a un droit d'option : on lui demande de choisir, et en réalité ce qu'il veut c'est le plus avantageux. Il doit cocher sur un formulaire s'il demande à être payé sur la base des tarifs français. S'il ne le demande pas, quel que soit le montant, nous demandons la tarification au pays de séjour, sauf dans le cas où il n'y a pas de tarifs, comme en Grande-Bretagne ou en Espagne : dans le public c'est gratuit, et dans le privé ce n'est pas remboursable. Dans ce cas nous remboursons sur la base des tarifs français.

Nous étions là dans le domaine des soins programmés. Cela existe toujours, et cela a même été maintenu et peut-être développé dans les derniers règlements, notamment dans le décret du 19 avril 2005.

Dans les soins programmés il y a les soins hospitaliers, l'équipement lourd, et puis il y a une formalité qui n'est pas propre à l'Europe ni à aucun pays, c'est que certains traitements en France sont soumis à entente préalable. Ce n'est pas parce qu'on va les faire à l'étranger, dans un pays d'Europe, qu'ils sont exonérés de cette formalité. Quelque chose qui ne peut se faire en France qu'après accord du médecin conseil n'est remboursable que si vous avez respecté la démarche : ce n'est pas parce que les soins ont été faits en Belgique qu'on vous le refuse, c'est parce que vous n'avez pas rempli les formalités.

La réglementation concernant les soins programmés hospitaliers se justifie par la volonté de ne pas désorganiser le système de santé des différents pays. Je ne sais pas si c'est justifié ou non : j'ai regardé les coûts ce matin ; dans les Bouches-du-Rhône nous avons dépensé en 2006 pour les prestations 5,5 milliards d'euros. Cela représente 4 % des dépenses nationales. Pour les soins à l'étranger en 2006, nous avons dépensé 1 200 000 €, ce qui

représente 0,2 %. Il ne semble donc pas, tout au moins dans les Bouches-du-Rhône, que cela puisse désorganiser la carte sanitaire.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Ce n'est pas qu'un problème financier, mais un problème de planification du système sanitaire: il faut éviter une désertification dans certains pays. Si par exemple tous les Portugais vont se faire soigner en France ou en Espagne, la survie des hôpitaux portugais pourrait se trouver menacée. C'est la raison pour laquelle la Cour de justice des CE a maintenu le principe de l' autorisation préalable pour les soins hospitaliers.

**Mme COUSTET.**- Est-ce que du coup, sur le plan européen, on prend en compte le fait que les patients peuvent circuler, moyennant toutes les autorisations préalables ? Est-ce qu'on va rendre communes nos cartes hospitalières, notamment dans les zones frontalières ?

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Dans les zones frontalières des conventions sont passées et les malades peuvent circuler comme ils le veulent entre les hôpitaux de leur zone. Ces conventions sont encore peu nombreuses, mais cette pratique est appelée à s'étendre dans les régions frontalières

**Mme COUSTET.**- Ne faudrait-il pas intégrer la donnée quand on décide ou non d'ouvrir ou de fermer un hôpital?

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Bien sûr, ces données seront intégrées, elles le sont déjà.

**Dans la salle.**- Pouvez-vous nous donner les dates de ces décisions? Est-ce récent ou ancien?

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Les premières décisions de la Cour de justice des CE datent d'Avril 1998. La France n'a réagi en 2001, pour prendre des circulaires a minima . Il a fallu attendre le décret de 2005 pour que la France accepte d'intégrer les solutions communautaires.

**Dans la salle.**- C'est assez récent, on n'a donc pas encore beaucoup de tourisme médical.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- A l'heure actuelle, les français qui vont se faire soigner à l'étranger sont peu nombreux. Il y a néanmoins quelques assurés qui partent par exemple en Hongrie ou en Pologne pour faire confectionner des prothèses dentaires beaucoup moins onéreuses dans ces pays. Autre motif : la fécondation in vitro du fait du délai d'attente en France, qui peut aller jusqu'à deux ans.

**Dans la salle.**- Il y a une limite de nombre en France.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Les personnes concernées vont donc en Espagne ou en Grèce. Les taux de réussite y sont meilleurs qu'en France, et l'attente est moins longue.

**Dans la salle.**- Il y a aussi les Anglais qui viennent se faire soigner chez nous.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Oui, notamment dans le nord de la France. Il y a des délais d'attente importants dans les hôpitaux anglais. Ils viennent donc se faire soigner en France. Cela dit, ce n'est jamais à la charge définitive de la France. Quand un Anglais vient se faire

soigner en France c'est le système anglais qui paie. C'est le système de sécurité sociale du pays concerné qui prend en charge les dépenses de soins de santé de ses assurés.

**Dans la salle.**- Même s'ils viennent dans un système privé, parce que chez eux on ne rembourse que le public ? Est-ce qu'un Anglais qui vient se faire soigner dans un système privé en France est remboursé par l'Angleterre ?

**Mme THOLLON.**- On le traite comme un assuré du régime français.

**Dans la salle.**- L'Angleterre va donc vous rembourser, vous, Sécurité sociale.

**Mme THOLLON.**- Oui. En réalité, vu le tourisme en France, je crois même que nous devons être bénéficiaires.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Il y a une jurisprudence de la Cour de cassation qui admet la prise en charge des soins dispensés dans le système privé anglais.

**Mme THOLLON.**- Nous remboursons déjà tout ce qui est dans le privé quand ce n'est pas remboursé par le pays. C'est parfois difficile parce que quand il y a des délais importants, nous devons parvenir à déterminer s'il y a pas déjà eu prise en charge dans le public, etc. Si c'est parce que c'est donné dans le privé, on rembourse.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- les caisses d'assurance maladie n'ont pas juridiquement le choix.

**Mme THOLLON.**- Bien sûr ! C'est la loi. Nous appliquons les textes. Nous ne le regrettons pas et nous ne nous en réjouissons pas.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Une précision : nous avons parlé d'entente préalable et d'autorisation préalable : ce sont deux procédures différentes. L'entente préalable est nécessaire en application du droit français pour certains soins, comme les cures thermales par exemple ; elle s'applique à tout assuré et concerne les soins dispensés en France. L'autorisation préalable concerne la possibilité de se faire soigner à l'étranger. Même pour les soins pour lesquels on n'a pas besoin d'entente préalable dans le système français, une autorisation préalable délivrée par la sécurité sociale est requise pour pouvoir bénéficier de la prise en charge de soins hospitaliers dans un pays de l'Union européenne.

**Mme COUSTET.**- Pourrait-on revenir sur les conditions de cette autorisation ?

**Dans la salle.**- Quels sont les éléments de justification ? Qu'est-ce qui peut vous faire aller à l'étranger pour vous faire soigner ? S'agit-il de problèmes de coûts, de techniques ?

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Dans un premier temps, je vais vous répondre sur le refus d'autorisation. Celui-ci doit tout d'abord être motivé. En outre, on ne peut refuser l'autorisation si le traitement est pris en charge par la sécurité sociale et ne peut être dispensé en France dans des délais compatibles avec l'état du patient et l'évolution probable de son affection.

**Mme THOLLON.**- Nous avons 14 jours pour répondre, et en cas de refus nous devons vous indiquer dans quel établissement et à quelle date les soins peuvent être faits.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Le délai est fixé par décret à deux semaines, et le silence vaut acceptation même s'il existe une divergence d'appréciation entre le CLEISS et le Caisse nationale d'assurance maladie.

**Mme THOLLON.**- Le CLEISS dit le contraire dans le cas où ce sont des soins qui ne sont pas pris en charge en France, mais pas dans les autres cas. Nous avons même des litiges : si nous ne répondons pas dans les quatorze jours, est-ce que cela nous engage si le traitement n'est pas remboursable en France. C'est là le problème.

**Mme COUSTET.**- Est-ce que vous refusez beaucoup ?

**Mme THOLLON.**- Oui, tout le temps ! Nous avons très peu de demandes, donc "beaucoup" cela veut dire une fois par mois.

**M. le Consul général de Grèce.**- Je suis le consul général de Grèce. Je suppose que ce que vous dites ne concerne pas seulement les voyageurs, mais aussi les gens qui viennent de leur pays travailler en France. J'ai deux questions à poser. Tout d'abord vous avez très bien fait, Madame, de montrer la carte. J'en ai une. Ce n'est pas du tout connu : dans les hôpitaux, dans les pharmacies, il y a toujours des yeux écarquillés : "qu'est-ce que c'est que ça ?" Quand le responsable me demande la carte Vitale, je dis que je suis étranger et que j'ai une carte internationale. "Mais c'est quoi ça ?" La première réponse est l'étonnement. Après explication, cela passe. Nous payons, parce qu'il ne peut pas accepter cette carte. Il faut faire beaucoup mieux connaître la carte auprès de tout le monde, qu'il s'agisse des hôpitaux, des pharmacies, des docteurs, etc.

**Mme THOLLON.**- Dans les hôpitaux il n'y a pas de tiers-payant.

**M. le Consul général de Grèce.**- Deuxième chose: en ce qui concerne le traitement, si on n'a pas une carte mutuelle, il faut payer 30 %. Dans d'autres pays ce n'est pas la même chose. Ici, je ne sais pas pourquoi c'est ainsi. Il faut que j'achète une mutuelle, mais elles sont parfois très chères.

**Mme THOLLON.**- On vous traite comme nous sommes traités nous-mêmes : quand vous payez 30 %, nous payons 30 % aussi. C'est notre législation, la législation du pays de séjour, qui s'applique. C'est ainsi dans tous les Etats-membres.

Si demain j'étais en Grèce, je profiterais de votre régime parce qu'on m'appliquerait la législation grecque : on ne tiendrait pas compte du fait que je suis Française.

#### *Discussion générale*

**M. le Consul général de Grèce.**- J'ai des amis français, quand ils paient leurs médicaments, ils ont le même pourcentage que les citoyens grecs.

**Mme THOLLON.**- Ici, vous payez aussi le pourcentage du citoyen français.

**M. le Consul général de Grèce.**- Non : dans presque tous les cas il y a 30 % que je ne touche jamais : il faut acheter une mutuelle pour avoir la différence.

*Brouhaha*

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Vous êtes traité comme nous : en France la sécurité sociale ne prend pas la totalité des dépenses de santé en charge.

**M. le Consul général de Grèce.**- Je ne parle pas de la totalité. Pour tous les médicaments que j'achète, il y a en général 70 % que je touche, le reste est perdu.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Oui, mais l'assuré social en France est soumis au même régime.

**M. le Consul général de Grèce.**- Chez nous ce n'est pas la même chose.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Cela, c'est le droit français. Sur les remboursements, il y a une jurisprudence de la Cour de justice des CE (encore !) qui permet à l'assuré qui se fait soigner en Grèce, par exemple, et qui va être remboursé sur les taux grecs- c'est-à-dire selon la loi du pays de séjour- de demander la différence si le remboursement prévu par le système français est plus favorable. Cette jurisprudence n'est pas toujours appliquée, car les Etats-membres ont du mal à l'intégrer. En revanche, le remboursement s'effectue dans la limite des dépenses occasionnées.

Mais les 30 % que vous évoquez et qui restent à votre charge, ne tiennent pas à votre nationalité pas ni au fait que vous soyez assuré social du régime grec: les assurés sociaux du régime français sont soumis au même taux de remboursement.

**Dans la salle.**- Je suis Belge, j'habite ici, j'ai ma carte d'identité belge, je ne suis pas mariée avec un Français. Si je vais en Belgique et que je me fais soigner là-bas, est-ce que je me fais rembourser par la sécurité sociale ici en France ?

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Au regard de la sécurité sociale et vous concernant, l'élément déterminant n'est pas la nationalité, mais le système de sécurité sociale auquel vous êtes affilié. Peu importe que vous soyez Belge ou Française. Ce qui est important, c'est le régime auquel vous êtes rattachée : le régime de sécurité sociale français ou le régime de sécurité sociale belge.

**Dans la salle.**- Ai-je plus de chances, étant Belge, d'avoir des rendez-vous là-bas, ou non ?

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Je ne pense pas.

**Dans la salle.**- Je voudrais rebondir sur la question de la mutuelle complémentaire. Pour un Européen se faisant soigner en France, comme Monsieur, et ayant une complémentaire grecque, en l'occurrence, comment cela va-t-il marcher ? Il y aura le remboursement à 70 % par la sécurité sociale, mais comment fera-t-il pour se faire rembourser la différence ?

**Mme THOLLON.**- Il faut négocier un contrat. Parmi les étrangers que nous gérons, certains paient une mutuelle et sont complétés. On peut négocier n'importe quoi avec les assurances. C'est très variable.

**Dans la salle.**- Ma mutuelle grecque ne fonctionne pas ici.

**Mme THOLLON.**- Il faut changer de mutuelle si vous êtes ici pour longtemps.

**Dans la salle.**- Existe-t-il un tableau des mutuelles françaises qui prennent en charge ?

**Mme THOLLON.**- Nous avons des listes de mutuelles complémentaires, oui, mais on ne sait pas ce qu'elles prévoient dans leurs contrats. C'est un domaine qui est du ressort du privé. Ce n'est pas encadré.

**Dans la salle.**- Nous sommes sur un point d'articulation entre la politique de la santé et la politique de la concurrence ou du consommateur.

**Mme COUSTET.**- C'est un débat très intéressant, car on arrive sur l'évolution des systèmes de santé, et il faudra que l'on termine là-dessus parce que c'est vraiment cela qui ressort de notre réunion. Vous savez que les services de santé ont été exclus de la directive Services, ce qui ouvre la porte à un cadre réglementaire européen spécifique à ces services de santé, qui est à l'étude. Je vous donnerai l'adresse Internet où vous pouvez trouver cette proposition, qui est demandée par le Parlement européen. C'est à suivre.

**Dans la salle.**- N'importe quel citoyen français qui a une carte Vitale peut-il demander une carte européenne d'assurance maladie, et à qui doit-il s'adresser ?

**Mme THOLLON.**- A votre centre habituel de sécurité sociale. C'est une carte individuelle. Si vous partez avec votre famille il en faut une par personne. Elle est valable un an. Si vous vous y prenez trop tard on vous délivrera un certificat provisoire de remplacement : il faut en pratique 15 jours pour avoir cette carte.

**Dans la salle.**- Les enfants mineurs sont-ils couverts par les parents ?

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- La carte européenne est une carte individuelle. Les enfants doivent avoir leur propre carte.

**Dans la salle.**- Sur le document affiché, j'ai lu "pour les personnes qui travaillent". Ai-je mal lu ? J'ai eu l'impression que c'était pour les personnes non pas en villégiature, mais effectuant un long séjour.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Je vous engage, même si vous partez une journée, à avoir votre carte dans votre poche. Cela remplace le fameux E 111 qui n'existe plus.

**Dans la salle.**- Le E 111 est encore distribué dans les entreprises.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Le E 111 n'a plus aucune valeur. En France, il est périmé depuis 2004. Cette carte remplace tous les formulaires de la série "100".

**Dans la salle.**- Je voudrais vous poser la question de la CMU<sup>1</sup> : est-ce que cela existe dans tous les pays d'Europe?

**Mme THOLLON.**- Non, la CMU est une disposition française.

**Dans la salle.**- J'ai entendu dire qu'il y avait maintenant des personnes qui viennent d'autres pays d'Europe pour bénéficier de la CMU.

**Mme THOLLON.**- On ne peut pas savoir s'ils viennent pour cela, mais effectivement ils viennent. Et s'ils n'avaient pas de couverture sociale, comme toute personne en France ils ont droit à un régime obligatoire basé sur la résidence, la CMU, qui est le régime de base. Quand on parle de CMU, les gens parlent de la complémentaire et de la précarité. Ce n'est pas tout à fait cela. On ne peut pas dire qu'ils viennent pour cela.

**Mme NAZET-ALLOUCHE.**- Un exemple : les Anglais ne viennent pas s'installer en France pour bénéficier de la CMU, puisqu'ils ont un système gratuit fondé sur la résidence : toute personne résidant en Angleterre bénéficie du système de santé gratuit. En revanche, l'Anglais qui s'installe en France va demander le bénéfice de la CMU.

**Dans la salle.**- Surtout qu'ils ont cet intérêt qu'ils peuvent être soignés en système privé, ce qu'ils préfèrent bien souvent. A propos de CMU, il y a maintenant des gens qui viennent et amènent des personnes âgées se faire soigner avec la CMU.

**Dans la salle.**- La CMU, on ne l'obtient pas aussi facilement que cela : il faut au moins six mois pour l'obtenir, en faisant des démarches. Il faut remplir des conditions, il ne faut pas être imposable, etc.

**Dans la salle.**- Je voudrais faire une remarque par rapport à la CMU : je suis Allemande, je me suis installée à Marseille il y a quatre mois, je n'ai pas de travail constant en ce moment, et aucun employeur ne peut m'aider à m'inscrire à la sécurité sociale ; cela demande beaucoup de démarches et de bureaucratie.

**Mme THOLLON.**- Ce n'est pas évident. C'est tout à fait récent. Le code de la sécurité sociale a changé en mars 2007. Normalement, les Européens inactifs, hors les retraités, les étudiants et les chômeurs indemnisés n'ont pas droit à la CMU. C'est fini. C'est pourquoi cela devient très compliqué. On a modifié en 2004 les règlements communautaires. Un Européen qui change d'Etat-membre est censé avoir, s'il est inactif, les ressources minimum prévues par le pays (en France, c'est le montant du RMI) et son assurance maladie quand il vient. C'est très récent. Cela a été retranscrit dans le droit français en juillet 2006 et dans le code de la sécurité sociale en mars 2007. C'est de là, je pense, que vient une partie de vos problèmes. Avant on n'appliquait même pas à un Européen les trois mois si on pouvait cumuler avec son assurance dans son propre pays. Si vous pouviez justifier que jusqu'à telle date vous étiez assurée en Allemagne, le temps passé en Allemagne comptait comme si vous étiez assurée en France.

**Dans la salle.**- Cela veut dire qu'en tant que chômeuse je n'ai plus le droit de m'inscrire dans le système social en France. Il y a quand même une législation européenne...

---

<sup>1</sup> Couverture Maladie Universelle

**Mme THOLLON.**- C'est précisément la législation européenne qui a été modifiée dans ce sens.

**Dans la salle.**- On ne trouve nulle part cette information. Même pas sur Internet.

**Dans la salle.**- Même par le biais d'une entreprise de travail temporaire, vous n'avez pas réussi à trouver 60 heures d'activité salariée par mois ?

**Dans la salle.**- Bien sûr que non : une entreprise de travail temporaire va la prendre, l'appeler quatre fois dans le mois, pour peut-être quatre fois 10 heures, et c'est tout. Chaque entreprise de travail temporaire a un cheptel énorme, et elle prend de temps en temps, mais pas trop souvent, la personne. Pour deux raisons : d'une part parce que cela lui évite beaucoup de problèmes, et d'autre part parce que si elle a un bon élément, l'entreprise dans laquelle cet élément va aller travailler va l'embaucher. Donc, cela ne résout rien. Si vous travaillez dans le domaine des services hôteliers, vous allez être embauchée pour 40 heures par mois et 60 heures payées au noir. Dans le meilleur des cas. Si vous êtes en artisanat ce sera pareil : je viens de l'artisanat, les professionnels se sont battus pendant des années contre le travail au noir et ce n'est toujours pas réglé.

**Mme COUSTET.**- Avez-vous d'autres questions?

Je tiens à vous rappeler que les comptes rendus de ces conférences sont sur notre site Internet, "lesmidis.eu". Il y a également des liens pour aller un peu plus loin avec des sites pratiques. Je vous encourage notamment à suivre la question des soins de santé en Europe, qui va être une réflexion législative. Vous avez bien compris que la question des systèmes de santé des Etats-membres n'est pas une question harmonisée au niveau européen, les Etats-membres ne veulent pas le faire. Ce que l'Union européenne fait, c'est coordonner ces systèmes de façon à ce que les personnes puissent circuler librement et garder leurs droits. C'est pourquoi ces textes sont très compliqués, parce qu'elle ne fait que coordonner les systèmes de santé, qui sont nationaux. Nous n'irons vers un système de santé européen que lorsque les Etats-membres auront décidé d'harmoniser leur législation, et pour cela il faudrait modifier les traités. Quand les choses seront mûres nous ferons une séance sur le sujet pour vous aider à comprendre où on en est. Nous organiserons même un forum citoyen à Marseille. C'est un autre schéma que la conférence, une rencontre avec vos députés européens. Vous pourrez les questionner. Ce sera courant octobre.

Je vous remercie en tout cas de votre venue. Notre prochain rendez-vous aura lieu en septembre, et portera sur le téléphone portable. Il y a une législation européenne qui va vous permettre de payer moins cher, et nous ferons le point là-dessus. En anglais on appelle cela le "roaming", l'itinérance mobile. Quand vous franchissez les frontières, votre opérateur vous fait payer la communication plus cher. Il y a un règlement européen qui vise à réduire ces surcoûts pour le citoyen. En octobre nous examinerons aussi une question environnementale, les émissions de gaz carbonique ou le recyclage des déchets. Ce sera en tout cas un thème sur l'environnement. Nous terminerons en décembre avec le label de qualité alimentaire européen. Certains poulets par exemple portent un "label rouge", qui est un label français, mais il y a aussi des labels européens qui vous disent que ce produit a été élaboré selon un savoir-faire d'une certaine région d'Europe. On croit toujours que l'Union

européenne nous empêche de produire nos fromages : c'est faux, elle va faire connaître le Picodon dans toute l'Europe !

Je remercie encore nos intervenantes, et je vous souhaite à tous de bonnes vacances.

*Applaudissements*

*Le débat s'achève à 13 h 15*