



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

frais médicaux

Question écrite n° 78586

Texte de la question

Mme Monique Rabin attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes sur le remboursement des soins dispensés à des patients français en dehors de l'Union européenne. En France certaines personnes, dans le cas de maladies graves notamment, peuvent être amenées à se faire soigner à l'étranger si les structures françaises ne proposent pas un protocole de soin adapté à leur état. L'article R. 332-2 du code de la sécurité sociale précise que les caisses d'assurance maladie peuvent, à titre exceptionnel, et après avis favorable du contrôle médical, procéder au remboursement forfaitaire de ces soins dispensés hors d'un État membre de l'Union européenne, lorsque l'assuré social aura établi qu'il ne pouvait recevoir sur le territoire français les soins appropriés à sa maladie. Dans les faits, la procédure et les critères de définition des conditions permettant le remboursement des soins dispensés à l'étranger s'avèrent complexes. Certains patients se voient donc régulièrement refuser le remboursement de leurs soins, tandis que d'autres, avec des dossiers similaires, en bénéficient. Aussi, elle lui demande si elle envisage de lancer une étude visant à évaluer les conditions de ces remboursements, en particulier les disparités qui peuvent exister entre assurés.

Texte de la réponse

La prise en charge des frais de santé repose sur le principe de territorialité. Aussi un assuré ne peut pas bénéficier de la prise en charge des frais de santé au titre de soins qui seraient dispensés hors des frontières françaises, sauf dans les cas prévus par les conventions bilatérales de sécurité sociale et les règles européennes de coordination des systèmes de sécurité sociale. En dehors du cadre spécifique instauré par le droit de l'Union européenne pour les soins reçus sur le territoire de l'Union, la possibilité de prise en charge des frais de santé à l'étranger est exceptionnelle et très encadrée sur le plan de l'évaluation et sur le plan médical. Hormis celles conclues avec la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie-Française, Andorre, Monaco et le Québec, les autres conventions bilatérales de sécurité sociale ne prévoient pas la possibilité de se rendre sur le territoire de l'autre partie pour s'y faire soigner à la charge du régime d'affiliation. Il existe des dispositions dans le cadre de la législation interne française qui permettent aux assurés d'un régime français de sécurité sociale, dans des cas exceptionnels, d'obtenir un remboursement des soins hors de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, comme précisé aux articles L. 160-7 et R. 160-4 du code de la sécurité sociale. En effet, de façon exceptionnelle, certains soins ou traitements ne sont pas disponibles en France, notamment pour certaines maladies rares. Ces soins ou traitements peuvent néanmoins être pris en charge par l'assurance maladie, en l'absence d'alternative, s'ils sont médicalement nécessaires, scientifiquement validés ou font l'objet de recherches approuvées par les autorités sanitaires dans le pays où ils sont disponibles et après avis du centre national de référence s'il existe. L'assuré doit présenter au service médical de sa CPAM de résidence un dossier médicalement documenté, comportant des éléments du diagnostic et le traitement proposé. La demande de l'assuré est ensuite transmise au médecin conseil national afin qu'il soit procédé à un examen de la situation du patient. L'ensemble des demandes est ainsi centralisé au niveau de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) afin d'assurer une certaine homogénéité. Il importe en effet, pour la sécurité de nos concitoyens qui partent se faire soigner à l'étranger, que la pratique envisagée ait fait l'objet d'une reconnaissance par la Haute

autorité de santé ou, à tout le moins, qu'elle soit sérieusement documentée. La prise en charge des frais de santé pour des soins ou traitements dispensés à l'étranger ne constitue pour les organismes sociaux qu'une simple faculté, les juridictions contentieuses ne pouvant substituer leur appréciation à celle de la caisse, comme l'a estimé la Cour de cassation à plusieurs reprises (voir notamment Cass. 2e Civ., 23 janvier 2014, 12-25.986). Enfin, s'agissant d'une dérogation au principe de territorialité de la sécurité sociale, l'éventuelle décision de refus de l'assurance maladie n'est pas susceptible de recours devant les tribunaux.

Données clés

Auteur : [Mme Monique Rabin](#)

Circonscription : Loire-Atlantique (9^e circonscription) - Socialiste, écologiste et républicain

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 78586

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Affaires sociales, santé et droits des femmes

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(e)s

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 2 février 2016

Question publiée au JO le : [28 avril 2015](#), page 3133

Réponse publiée au JO le : [15 mars 2016](#), page 2168