

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête visant à lever les incertitudes budgétaires en matière de sécurité sociale

- Audition, ouverte à la presse, de Mme Françoise Le Fur, directrice générale, M. Jean-François Le Guern, directeur comptable et financier, et M. Christophe Albou, directeur adjoint du Centre national des soins à l'étranger..... 2
- Présences en réunion..... 10

Jeudi
12 février 2026
Séance de 15 heures

Compte rendu n° 21

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
Mme Annie Vidal,
présidente
de la commission**



La séance est ouverte à quinze heures.

Présidence de Mme Annie Vidal, présidente.

La commission d'enquête procède à l'audition, ouverte à la presse, de Mme Françoise Le Fur, directrice générale, M. Jean-François Le Guern, directeur comptable et financier, et M. Christophe Albou, directeur adjoint du Centre national des soins à l'étranger.

Mme la présidente Annie Vidal. Nous accueillons Mme Françoise Le Fur, directrice générale, M. Jean-François Le Guern, directeur comptable et financier, et M. Christophe Albou, directeur adjoint de la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan. Je précise qu'il n'y a aucune dimension spécifiquement bretonne dans nos travaux, mais que vous êtes auditionnés pour vos fonctions au Centre national des soins à l'étranger qui se trouve administrativement rattaché à la caisse primaire d'assurance maladie de Vannes.

Le Centre national des soins à l'étranger a été créé en 2006. Il est chargé des demandes de remboursement ou de prise en charge préalable pour les soins médicaux reçus hors de France par les affiliés d'un régime français. Vous êtes également compétents pour récupérer auprès des États membres de l'Union européenne et des pays qui ont passé des conventions bilatérales avec la France le montant correspondant aux soins prodigués à leurs ressortissants sur le territoire national.

Un questionnaire vous a été transmis par notre rapporteure préalablement à cette audition. Toutes les questions qu'il contient ne pourront être évoquées de manière exhaustive. Je vous invite par conséquent à communiquer ultérieurement les éléments de réponse écrits, ainsi que toute information que vous jugeriez utile de porter à la connaissance de la commission d'enquête.

Il revient traditionnellement à la présidence d'introduire les débats par de brèves questions d'ordre général. Premièrement, quel est le montant annuel des indus constatés sur les remboursements de soins perçus à l'étranger et quelles sont les principales difficultés, opérationnelles comme juridiques, que rencontre le Centre national des soins à l'étranger pour recouvrer ces sommes ?

Deuxièmement, quelle proportion de ces indus est finalement considérée comme irrécouvrable chaque année, et pour quels motifs principaux, qu'il s'agisse de l'absence de conventions bilatérales, de l'insolvabilité du débiteur à l'étranger ou de la prescription ?

L'article 6 de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires demande aux personnes auditionnées de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(Mme Françoise Le Fur, M. Jean-François Le Guern et M. Christophe Albou prêtent serment.)

Mme Françoise Le Fur, directrice générale du Centre national des soins à l'étranger. Il me semble important de présenter le Centre national des soins à l'étranger car le terme d'indu n'est pas véritablement celui que nous utilisons dans notre activité. Je vais expliquer pourquoi.

Le Centre national des soins à l'étranger emploie 162 collaborateurs répartis sur différents périmètres, notamment les deux que vous avez cités : le remboursement aux assurés et la gestion des dettes et créances internationales. Il est géré par la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan depuis sa création en 2006. Nous poursuivons trois objectifs principaux qui rejoignent vos préoccupations. Le premier est la qualité du service rendu : la centralisation a permis d'offrir un service homogène sur tout le territoire avec des remboursements rapides et fiables, ce qui est au cœur de votre question. Le deuxième objectif est la performance et l'efficacité, qu'entraîne le regroupement d'une activité sur un site unique. Le troisième est la maîtrise du risque et la lutte contre la fraude.

L'année 2015 a marqué une étape importante avec la reprise, au 1^{er} janvier, de l'activité de gestion des dettes et créances internationales, auparavant assurée par le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss). Pour illustrer l'efficacité de cette reprise, le montant des créances émises alors s'élevait à 1,2 milliard d'euros. À ce jour, le solde restant dû se situe à environ 10 millions d'euros, dont 8,5 millions sont en cours de régularisation avec le Portugal et la Nouvelle-Calédonie. En synthèse, le reste à recouvrer de ce portefeuille historique est d'environ 2 millions d'euros, dont 1 million d'euros pour l'Allemagne avec laquelle nous travaillons étroitement pour solder cette somme. Ce résultat justifie pleinement l'activité du Centre national des soins à l'étranger.

Depuis 2022, nous traitons également les demandes d'accord préalable pour les soins programmés à l'étranger, notamment lorsqu'ils ne sont pas réalisables en France, ainsi que les demandes de tarification des États pour des soins prodigués en France à leurs assurés.

Concernant nos activités, le remboursement des prestations place le Centre national des soins à l'étranger en relation directe avec les assurés sociaux du régime général. L'assuré nous présente une facture obligatoirement acquittée et nous étudions la possibilité d'une prise en charge. En 2024, nous avons réglé 43,3 millions d'euros aux assurés. Il est notable que 30 % des demandes de remboursement ont fait l'objet d'un refus de prise en charge. La notion d'indu n'est pas pertinente ici car nous décidons de la prise en charge avant tout paiement. Il ne s'agit donc pas d'un indu à recouvrer. Les refus sont souvent motivés par un manque de pièces justificatives ou par le fait que les soins reçus ne sont pas remboursables en France.

L'activité de gestion des dettes et créances internationales, quant à elle, ne nous met plus en lien avec des assurés, mais avec des États et leurs organismes de liaison. Nous participons à des instances spécifiques, souvent en lien avec la direction de la sécurité sociale. Cette mission consiste à assurer, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale, le suivi et le règlement des dettes et créances qui découlent de l'application des règlements européens de coordination, des conventions internationales bilatérales ou des accords de coordination avec les collectivités d'outre-mer autonomes en matière de sécurité sociale que sont la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Dans ce cadre inter-régimes, les créances françaises correspondent aux dépenses de soins engagées en France pour des assurés d'un régime étranger, dont le coût a été supporté par l'assurance maladie française. La présentation de ces créances se fait principalement sous forme de factures au coût réel. Inversement, les dettes françaises concernent les soins prodigués à l'étranger à nos assurés, dont le coût a été pris en charge par l'institution du pays de séjour. La présentation des dettes peut se faire au coût réel ou au forfait, mais la facturation au coût réel est aujourd'hui très majoritaire.

Contrairement au remboursement aux assurés, qui s'inscrit dans un temps court, le dénouement de la facturation des dettes et créances européennes peut s'étendre jusqu'à cinq ans. Chaque État dispose de délais successifs pour adresser ses factures, les régler ou les contester. Ce système d'échanges explique également pourquoi le terme d'indu est peu approprié. L'objectif est de clôturer les dossiers dans un délai de cinq ans pour des soins pour lesquels l'assuré ne fait pas l'avance de frais.

La France est aujourd'hui le deuxième créancier au sein de l'Union européenne et de l'Espace économique européen. Cela s'explique par le grand nombre de travailleurs transfrontaliers, notamment dans l'est de la France, l'attrait touristique de notre pays et le nombre de pensionnés étrangers qui y passent leur retraite. En revanche, la France est en situation débitrice vis-à-vis des pays et territoires hors Union européenne signataires d'un accord, en raison de nos relations historiques, notamment avec les pays du Maghreb, et de nos liens particuliers avec les territoires ultramarins.

M. Christophe Albou, directeur adjoint du Centre national des soins à l'étranger. Pour préciser la notion d'indu, nous considérons qu'il s'agit d'un paiement que nous avons effectué à tort et que nous devons réclamer. Dans le cadre du remboursement à un assuré, des indus peuvent effectivement survenir. Dans ce cas, nous notifions l'indu à l'assuré, qui peut le contester ou le rembourser. Le Centre national des soins à l'étranger n'est alors qu'un opérateur initial. C'est la caisse primaire d'affiliation de l'assuré qui, en tant qu'organisme de proximité, prend le relais pour le recouvrement.

Entre États, il n'y a pas d'indu à proprement parler. Nous pouvons recevoir des factures que nous estimons non justifiées. Dans ce cas, nous les contestons. Le principal motif de contestation est l'absence de droits de l'assuré concerné. Lorsque nous recevons une facture d'un pays étranger, notre système informatique vérifie automatiquement si l'assuré est connu dans notre base de données et s'il dispose de droits ouverts. Si ce n'est pas le cas, nous contestons la facture. Le pays émetteur a un an pour examiner notre contestation. S'il la juge fondée, il abandonne sa facture. Sinon, il nous transmet le titre de droit justifiant sa créance et nous acceptons alors le paiement.

Entre 2011 et 2025, nous avons contesté pour 682 millions d'euros de factures reçues. Les autres pays ont accepté d'en annuler pour 261 millions d'euros. Notre travail de contrôle en amont des paiements a donc évité une dépense de 261 millions d'euros.

Pour donner une idée des montants en jeu, sur les cinq dernières années, la France a reçu en moyenne 392 millions d'euros de factures par an pour des soins dispensés à des assurés de régimes français à l'étranger. Sur la même période, nous avons payé en moyenne environ 300 millions d'euros, les temporalités de réception et de paiement étant différentes en raison des délais de traitement.

Notre principal pays créancier est la Belgique, notamment en raison du nombre de travailleurs frontaliers et de l'existence de zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers. Ces accords locaux permettent à des assurés français de se faire soigner dans des établissements belges sans avance de frais. La Belgique nous facture en moyenne 165 millions d'euros par an. Le deuxième État est l'Espagne avec une moyenne de 125 millions d'euros par an, principalement en raison des touristes et des retraités français qui y résident. On trouve ensuite le Portugal avec 50 millions d'euros par an, mais avant cela la Polynésie française, qui nous facture en moyenne 75 millions d'euros par an. Cela concerne les fonctionnaires d'État et les

pensionnés qui vivent dans cette collectivité d'outre-mer ; les soins dont ils bénéficient nous sont refacturés en application des accords de coordination.

Mme Françoise Le Fur. Je tiens à souligner un point essentiel : toutes les factures qui nous sont adressées par des pays ou des collectivités font l'objet d'une vérification exhaustive des droits des assurés. Il n'y a aucun contrôle aléatoire. C'est ce contrôle systématique qui explique le pourcentage important de contestations et de refus.

M. Christophe Albou. J'ajoute deux éléments sur nos dettes avant d'aborder la situation de la France en tant que créancière, qui est, je le dévoile d'emblée, plus importante que sa position de débitrice.

L'Europe représente 75 % des flux de factures que nous recevons. Les collectivités d'outre-mer constituent l'essentiel du reste. À elles deux, ces zones totalisent près de 95 % des montants. Les pays hors Union européenne et hors collectivités d'outre-mer ne représentent donc que 5 % des sommes. Belgique, Espagne, Polynésie française et Portugal concentrent à eux seuls les deux tiers des montants facturés à la France.

Pour qu'un assuré bénéficie d'une prise en charge dans un pays européen, il doit justifier de droits ouverts en France. Il existe trois grandes catégories de situations : le formulaire S1, délivré notamment aux retraités ; la carte européenne d'assurance maladie, bien connue ; et les soins programmés, qui nécessitent un accord préalable de notre médecin-conseil. En volume, les formulaires S1 représentent environ 43 % des cas, les cartes européennes 41 % et les soins programmés 16 %, ce dernier chiffre incluant les zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers.

En miroir, la situation de la France en tant que créancière est bien plus favorable. Alors que nous recevons environ 392 millions d'euros de factures par an, nous facturons aux autres pays en moyenne près d'un milliard d'euros. Notre taux de recouvrement atteint quasiment 98 % à 36 mois. Nous recouvrons donc bien plus d'argent que nous n'en versons dans le cadre de ces échanges internationaux.

Les pays étrangers peuvent également contester nos factures. Cependant, après échanges et justifications, la France obtient gain de cause dans 98 % des cas.

Mme Françoise Le Fur. Je me permets de compléter ce point : les créances que nous adressons aux autres pays sont en progression constante. En 2023, nous avons dépassé le milliard d'euros de facturation pour des soins réalisés en France sur des personnes relevant d'un autre régime de sécurité sociale. La progression s'est poursuivie en 2024. Bien que les comptes de 2025 ne soient pas encore arrêtés, nous savons que ce seuil a de nouveau été franchi. Cette tendance à la hausse est corrélée à l'augmentation des déplacements et des échanges internationaux, comme en témoigne l'évolution du trafic aérien.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Merci pour cette présentation liminaire éclairante. Je souhaite poser quelques questions pour m'assurer de bien comprendre certains points. Premièrement, confirmez-vous avoir bien repris l'intégralité des prérogatives qui relevaient auparavant du Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, sans qu'il subsiste de partage de tâches ?

Deuxièmement, quel est le statut des ressortissants français affiliés à la Caisse des Français de l'étranger ? S'agit-il d'un régime distinct, complémentaire au régime général ou d'une autre nature ? Mes recherches ne m'ont pas permis d'obtenir une réponse précise.

Enfin, comment s'articule votre action avec le règlement n° 883/2004 du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, dont la réforme est en discussion depuis plusieurs années au niveau européen ? Dans quelles circonstances ce règlement entre-t-il en jeu, en dehors des conventions internationales que nous aborderons ultérieurement ?

Mme Françoise Le Fur. La Caisse des Français de l'étranger propose une affiliation volontaire aux Français qui partent à l'étranger et qui ne peuvent être couverts par un régime de sécurité sociale obligatoire dans leur pays de résidence. Il ne s'agit pas d'un organisme de sécurité sociale au sens institutionnel, mais d'une assurance qui couvre notamment le risque maladie. La Caisse des Français de l'étranger est en quelque sorte en concurrence avec d'autres opérateurs qui proposent des garanties assurantielles pour les expatriés.

M. Christophe Albou. Je confirme que la Caisse des Français de l'étranger est une caisse d'assurance volontaire.

Concernant le droit européen, il s'agit en réalité de deux textes : le règlement n° 883/2004, que vous avez cité, et son règlement d'application n° 987/2009. Le Centre national des soins à l'étranger intervient dans deux cas principaux pour leur application. En premier lieu, il y a le remboursement des soins qu'un assuré d'un régime français a payés lors d'un voyage en Europe. En second lieu, c'est la mission que nous avons reprise du Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale : lorsqu'un assuré français bénéficie de soins pris en charge par un pays européen, ce pays nous refacture les coûts et nous gérons ces flux financiers.

Il est important de préciser que, malgré sa décision de quitter l'Union européenne, le Royaume-Uni reste dans le champ de cette coordination. Lorsque nous parlons de l'Europe, nous entendons un périmètre large qui inclut l'Union européenne, le Royaume-Uni, la Suisse et les pays de l'Espace économique européen.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Cette précision est importante au vu de la multiplicité des textes applicables.

J'aimerais maintenant aborder la question des conventions internationales. Elles concernent notamment les soins aux étrangers en séjour temporaire régulier dans notre pays. Il peut s'agir de touristes, d'étudiants ou de travailleurs détachés. Il y a vingt-cinq ans, il me semblait que ces conventions bilatérales étaient nombreuses. Où en sommes-nous aujourd'hui ? Sont-elles toujours en application et fonctionnent-elles correctement ? Rencontrez-vous des difficultés avec les pays signataires ? Je me souviens que l'idée générale était celle de la réciprocité, ce qui supposait des accords avec des pays dotés d'un système de protection sociale comparable. Cette réciprocité est-elle effective, y compris avec de petits pays comme Andorre ou Jersey ? Si ces conventions étaient insuffisamment appliquées, une de nos propositions pourrait être de suggérer de les réviser, de les améliorer ou d'y recourir plus systématiquement.

Mme Françoise Le Fur. Le rôle du Centre national des soins à l'étranger se limite à appliquer les textes réglementaires en vigueur qu'il s'agisse des règlements européens, des conventions bilatérales ou des décrets de coordination. Nous n'intervenons que s'il existe une base juridique valide.

Il existe aujourd'hui une trentaine de conventions bilatérales. Nous pourrions vous en communiquer la liste. Il faut toutefois noter qu'elles n'ont pas toutes le même périmètre. Certaines ne concernent que l'assurance maladie tandis que d'autres couvrent également la retraite ou les allocations familiales. La gestion de cette subtilité juridique exige une expertise spécifique, ce qui a d'ailleurs justifié la centralisation de cette activité au sein de notre organisme.

M. Christophe Albou. Sur la trentaine de conventions internationales qui lient la France, seule une dizaine donne lieu à des échanges financiers significatifs. Par exemple, nous avons une convention avec le Bénin qui date de 1981, mais elle n'entraîne aucune relation financière car il n'y a pas d'assurés concernés.

La notion de réciprocité est bien présente dans les textes. Un assuré français se rendant dans un pays signataire est pris en charge de la même manière qu'un ressortissant de ce pays en France. Les droits garantis sont équivalents. En revanche, les volumes financiers peuvent être très déséquilibrés en fonction de la taille des pays et des flux de population.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Ma question sur la réciprocité ne portait pas tant sur les droits garantis que sur les capacités médicales. Il est peu probable qu'Andorre dispose d'un service de greffe de rein aussi performant que le nôtre. Ce delta médical est d'ailleurs ce qui peut justifier certaines procédures de soins programmés pour des pathologies graves.

J'en viens précisément aux soins programmés qui sont régis, si je ne me trompe pas, par le code de santé publique. Dans ce cadre, c'est vous qui êtes à la manœuvre. Cette procédure est-elle fréquente ? Quels montants représente-t-elle ? Avez-vous une idée des types de pathologies concernées, qui illustreraient ce que la France peut offrir de spécifique ? Enfin, les créances sont-elles bien recouvrées, sachant que la procédure repose sur un devis de l'établissement et une attestation de droits du pays d'origine ?

Mme Françoise Le Fur. Pour reprendre votre exemple, si un ressortissant andorran venait se faire soigner dans un établissement français pour une opération importante, en vertu de la convention bilatérale, nous procéderions à la facturation de ce séjour à Andorre. Le coût, initialement pris en charge par la caisse primaire locale, remonterait jusqu'au Centre national des soins à l'étranger, qui émettrait la facture. Comme l'indiquait M. Albou, notre taux de recouvrement dépasse les 98 %. Nous recouvrons donc les sommes correspondant aux soins réalisés sur notre territoire.

Le Centre national des soins à l'étranger a l'obligation de recouvrer ces montants dès lors qu'un cadre conventionnel existe. La Cour des comptes, que nous rencontrons chaque année, est très attentive à ce sujet. Si nous avons des difficultés de recouvrement, elle ne manquerait pas de le souligner.

M. Christophe Albou. Il faut préciser la chaîne de traitement. Lorsqu'une personne non assurée en France se présente à l'hôpital avec un document attestant qu'elle relève d'un accord de coordination, la caisse primaire locale l'enregistre. C'est ainsi que les montants remontent au Centre national des soins à l'étranger pour que nous puissions les refacturer au pays concerné. Si la personne ne relève d'aucun texte de coordination, elle n'est pas enregistrée comme telle et son dossier ne nous parvient pas.

La notion de soins programmés est avant tout un concept européen réciproque. Des assurés français peuvent se rendre dans d'autres pays pour des soins non disponibles ou avec

des délais plus courts en France. Je pense par exemple au traitement par ultrasons focalisés de haute intensité pour les tremblements permanents, disponible en Espagne avant de l'être en France. Inversement, un Européen peut venir se faire soigner en France après accord du médecin-conseil de son pays, et nous refacturons alors les coûts.

Il est important de relativiser les proportions. Sur le milliard d'euros que nous facturons annuellement, 80 % des montants concernent les pensionnés et les travailleurs frontaliers. Les soins liés à la carte européenne représentent 15 % et les soins programmés pour des ressortissants européens seulement 1 %. L'enjeu financier de nos créances réside principalement dans la prise en charge des frontaliers et des retraités.

Pour ce qui est des pays hors Union européenne, il n'existe pas de dispositif de soins programmés comparable. La prise en charge dépend de l'existence ou non d'une convention de coordination.

Mme Françoise Le Fur. Quant aux soins programmés sortants, c'est-à-dire pour les assurés français souhaitant se faire soigner à l'étranger, notre service médical a traité 2 181 demandes en 2025. Il a prononcé 1 575 refus et 606 accords. Cela démontre l'existence d'un contrôle rigoureux de la pertinence de ces prises en charge, en fonction de la situation médicale de l'assuré.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. J'aimerais évoquer le cas particulier de l'Algérie, régi par un protocole annexé à la convention générale franco-algérienne, qui semble s'appliquer depuis 2016. Ce dispositif concernerait les ressortissants algériens, assurés ou démunis, pour des soins programmés en France. Le processus impliquerait un accord direct entre un établissement français et la caisse nationale algérienne, l'établissement étant payé par la caisse primaire d'assurance maladie locale avant que la caisse algérienne n'apure les comptes.

Ce dispositif existe-t-il toujours ? Si oui, quel est le volume de soins qu'il représente ? Ma préoccupation, comme pour d'autres dispositifs, est le risque de mise en tension de notre propre système de santé, notamment dans des secteurs comme la dialyse ou les greffes. Par ailleurs, un décret de 2017 prévoyait que l'Algérie devait faire l'avance des frais pour ces soins. Ce mécanisme est-il en application ?

Mme Françoise Le Fur. Nous connaissons le texte de 2016 que vous évoquez. Toutefois, le Centre national des soins à l'étranger n'est pas partie prenante à ce dispositif spécifique. Il régit les relations directes entre l'Algérie et les établissements hospitaliers concernés sans que nous intervenions. Nous ne pouvons donc pas vous apporter de réponse.

M. Christophe Albou. Je confirme que le protocole de 2016 est toujours en vigueur. Les soins réalisés dans ce cadre ne transitent pas par nos services. Nous n'en avons donc pas connaissance. Ce protocole concerne notamment l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

Mme Françoise Le Fur. Comme je le précisais, le périmètre d'intervention du Centre national des soins à l'étranger est strictement défini par les textes que nous avons mentionnés. Ce protocole spécifique avec l'Algérie ne fait pas partie du corpus réglementaire qui s'applique à nos missions.

M. Christophe Albou. Je souhaite revenir sur le taux de recouvrement. Les 98 % que j'ai mentionnés sont calculés sur un horizon de 36 mois. Ce délai correspond aux échéances fixées par les règlements européens, qui régissent la majorité de nos créances. Nous nous

concentrons donc sur les flux avec les pays européens pour calculer ce taux, qui atteste de notre efficacité en matière de recouvrement.

M. David Magnier (RN). Y a-t-il des pays qui contestent nos factures plus que d'autres ? Pour quels motifs principaux ? Par ailleurs, avez-vous déjà eu des soupçons de fraude, que ce soit de la part d'assurés ou de prestataires de soins étrangers ?

M. Christophe Albou. Lorsqu'un pays nous adresse une facture, il a déjà pris en charge les soins. Le contrôle en amont de la conformité des soins et de la fraude relève de sa responsabilité, car c'est lui qui connaît son système de santé. Nous appliquons le même principe lorsque nous facturons des soins à d'autres pays : nous effectuons nos propres contrôles internes avant d'émettre la facture. Nous partons du principe que le pays qui a avancé les frais a effectué ce travail.

Les motifs de contestation de nos factures par les autres pays portent principalement sur les droits des assurés. Un pays peut estimer que la personne concernée n'avait pas les droits ou le formulaire justifiant la prise en charge. Dans ce cas, nous menons une enquête pour retrouver le justificatif et le transmettre à nos interlocuteurs. Comme je l'ai dit, nous justifions notre bon droit dans 98 % des cas, ce qui montre qu'il n'y a que très peu de facturations ou de prises en charge à tort.

Il peut arriver, plus rarement, qu'un formulaire inadapté soit utilisé. Par exemple, un assuré européen utilise sa carte européenne pour un soin qui aurait dû relever de la procédure de soin programmé avec le formulaire S2. Si le pays de l'assuré conteste pour ce motif, et que l'enquête confirme que le soin était bien programmé, nous devons annuler notre créance. Une procédure de recouvrement est alors engagée auprès de l'hôpital. C'est d'ailleurs un des points d'évolution que nous souhaiterions évoquer.

M. David Magnier (RN). Avez-vous identifié des pays qui contestent plus que d'autres ?

M. Christophe Albou. Non, pas de manière évidente.

Mme Françoise Le Fur. Si M. Albou ne le sait pas, c'est que ce n'est sans doute pas un phénomène marquant. Si un pays contestait nos factures de manière excessive, cela nous apparaîtrait clairement. Je pense que la plupart des pays agissent à un rythme moyen, tout comme nous pouvons contester leurs factures, parfois plus pour certains que pour d'autres.

M. Christophe Albou. L'intérêt de tous les pays est de minimiser les contestations car elles génèrent un travail administratif important pour les deux parties. La logique veut que nous cherchions tous à améliorer en permanence la qualité de notre facturation pour éviter ces allers-retours.

Mme la présidente Annie Vidal. Je vous remercie pour la qualité et la précision de vos réponses, qui nous seront utiles pour nos conclusions et nos propositions. Comme je l'indiquais en introduction, tous les documents que vous jugerez utiles de verser aux travaux de la commission d'enquête sont les bienvenus.

La séance s'achève à seize heures.

Membres présents ou excusés

Présents. – M. Jocelyn Dessigny, M. Jérôme Guedj, M. David Magnier, Mme Joëlle Mélin, Mme Annie Vidal

Excusé. – M. Thibault Bazin