



*Le Groupement Européen d'Intérêt Economique
Luxlorsan "LLS"*

Mobilité transfrontalière des patients Droits et procédures

Octobre 2006



Rapport rédigé dans le cadre de la recherche-action Luxlorsan, émergeant au programme Interreg III-A WLL, cofinancé par le Fonds Européen de Développement Régional

**LA MOBILITE TRANSFRONTALIERE DES
PATIENTS
Droits et procédures**

Octobre 2006

Comité de rédaction :

Agnès CHAPELLE, MCPL ; Katia HAQUIN, CRAM NE ; Henri LEWALLE, ANMC

Nous tenons à remercier Anne-Claire Simon, Nelly Audistère, Bernard Kintziger, Catherine Collie et Bernard Thémelin pour leurs précieuses relectures, leurs suggestions et conseils.

INTRODUCTION

Dès sa constitution par le Traité de Rome en 1957, la Communauté économique européenne a mis en place un dispositif inspiré du Traité CECA pour faciliter la mobilité des travailleurs en leur garantissant le maintien de leurs droits et le bénéfice des prestations de sécurité sociale.

Les premiers règlements édictés par la CEE en 1958 (portant les numéros 3 et 4) ont défini les principes et les mécanismes de fonctionnement de la coordination des systèmes de sécurité sociale des Etats membres. Ils sont entrés en application dans ces six pays à système bismarckien au 1^{er} janvier 1959.

L'élargissement progressif de la Communauté économique européenne a étendu le champ d'application de ces règlements ; parallèlement, de nouvelles dispositions en matière de droits et avantages sociaux ont vu le jour, corrélativement à l'extension des systèmes de sécurité sociale des Etats membres.

Cette évolution a nécessité la réécriture des premiers règlements au début des années soixante-dix, au moment de l'entrée dans la CEE de pays à système beveridgien tels la Grande-Bretagne et l'Irlande. C'est ainsi que sont nés les règlements n° 1408/71¹ et n° 574/72², dont les principes sont toujours d'application aujourd'hui.

Ces dispositifs communautaires constituent les fers de lance du droit social européen. Ils permettent le maintien des droits et la délivrance de prestations médicales dans un espace géographique quasi aussi étendu que le continent européen, puisque tous les pays de l'EEE³ les appliquent.

Si dans de nombreuses branches de la protection sociale, ils demeurent les seuls outils de gestion des droits et avantages sociaux en cas de mobilité, non seulement des travailleurs, mais depuis la mise en œuvre du Marché intérieur, de l'ensemble des citoyens de l'Union européenne, dans le domaine des soins de santé, la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes a fait œuvre créatrice et modifié cette quasi « pensée unique » .

Les divers arrêts rendus par la CJCE depuis les affaires Kohll et Decker de 1998 ont en effet créé un nouvel angle juridique d'approche des conditions d'accès et de remboursement des soins dispensés à l'étranger. Le fondement juridique retenu par la CJCE n'est plus la mobilité des travailleurs mais la libre prestation de services. De la sorte, la CJCE considère que les principes du Traité ont vocation à s'appliquer au domaine de la Sécurité Sociale, qui selon les propos de l'avocat général dans ces affaires Kohll et Decker « *n'est pas un îlot à l'abri des règles du Traité* ».

Sur cette base, la CJCE a créé une seconde procédure de prise en charge des soins et fait une distinction entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Pour les premiers, la procédure d'autorisation médicale préalable exigée par le règlement n° 1408 apparaît comme une entrave à la libre prestation de services qui ne se justifie pas. En revanche, cette autorisation se justifie pour les soins hospitaliers pour des raisons d'intérêt général et de santé publique.

¹ Règlement (CEE) N°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, JOCE L 149, 05/07/1971 dans sa version modifiée et mise à jour par le règlement (CE) N°118/97 du Conseil du 2 décembre 1996, JOCE L 28, 30/01/1997.

² Règlement (CEE) N°574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71, JOCE 1972, L 74, modifié par le règlement d'application (CE) 77/2005 du 13 janvier 2005, JOUE 2005, L 016/3.

³ L'Espace économique européen (EEE) comprend la Communauté européenne plus l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège.

Cette nouvelle donne a modifié le paysage déjà très complexe de la compréhension et de l'application des dispositifs mis en œuvre dans les « conventions internationales ». Cette complexification s'est encore accrue par l'application pas toujours uniforme de la jurisprudence de la Cour dans l'UE.

Parallèlement, le régime de coordination des systèmes de sécurité sociale établi par le règlement européen n° 1408/71 a été modernisé, à la faveur de son remplacement par le règlement n° 883/2004⁴ ; de plus, la Carte européenne d'assurance maladie a vu le jour⁵.

Les diverses tentatives d'appliquer les principes du Traité et notamment la libre prestation de services dans le secteur de la santé à travers la proposition de directive sur les services⁶ ont encore accru les difficultés de maîtriser les règles en vigueur et les procédures à respecter. C'est surtout le cas dans les zones frontalières où la réponse aux besoins de soins de proximité et à la carence de l'offre de soins ont fait naître des dérogations conventionnelles aux principes généraux et créés des espaces de droits spécifiques.

Pour éclaircir le paysage, il était indispensable de développer un outil d'information clair et accessible à tout public (patients, prestataires et organismes chargés de la gestion de l'Assurance Maladie).

C'est l'ambition de ce rapport. Celui-ci débute par une première étape de rappel des fondements juridiques de l'accès aux soins à l'étranger qui représente une ouverture européenne pour le citoyen et lui offre une présentation concrète du processus d'intégration européenne. Cette partie, complétée par les dispositions spécifiques en vigueur dans les Etats membres, intéressera les prestataires de soins, les établissements de soins, divers organismes préoccupés par les problématiques de santé, les organismes assureurs et tous ceux qui s'inquiètent de l'évolution du droit du citoyen et du droit de la sécurité sociale.

Cette démarche devait être complétée par un volet pratique. Nous le proposons dans la seconde partie du rapport au travers des situations qui peuvent être rencontrées par le patient assuré social qui se rend à l'étranger pour un court ou long séjour, qui souhaite s'y faire soigner, qui travaille dans un Etat membre distinct de celui où il réside, etc.

⁴ Règlement (CE) N°883/2004 du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JOUE 2004, L 166/1, 30/04/2004, rectificatifs JOUE 2004, L 200/1, 07/06/2004.

⁵ Décision n° 189 (2003/751/CE) de la CASSTM, du 18 juin 2003, visant à remplacer par la carte européenne d'assurance maladie les formulaires nécessaires à l'application des règlements du Conseil (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 en ce qui concerne l'accès aux soins pendant un séjour temporaire dans un Etat membre autre que l'Etat compétent ou de résidence, J.O.C.E. 2003, L 276, p.1.

⁶ Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur, Commission des Communautés européennes, COM (2004) 2 final, 2004/0001 (COD), Bruxelles le 13/01/2004.

PARTIE I : LA REGLEMENTATION

PARTIE I : LA REGLEMENTATION

Cette première partie se propose de dresser un tableau de l'état de la question de la mobilité du patient au sein de l'Union européenne au niveau de sa législation et de sa jurisprudence.

Pour ce faire, nous balayerons le sujet dans le cadre des Traités et du droit dérivé, puis nous nous pencherons sur la jurisprudence avant d'aborder ses déclinaisons au niveau national en France et en Belgique.

I. LE DROIT COMMUNAUTAIRE

Au sein de l'Union européenne, la politique de la santé, et particulièrement l'organisation des systèmes de santé, est une compétence des Etats membres.

Cependant, tant la législation communautaire que la jurisprudence qui l'interprète encadrent la politique des Etats en cette matière.

A. Le cadre législatif

1. Le droit primaire

La législation primaire comporte les traités constitutifs et ceux qui les ont amendés. Dans le cadre de ce droit primaire, quelques dispositions clefs en matière de soins de santé sont à présenter.

Le traité instituant la Communauté européenne⁷ (ancien Traité de Rome)

Parmi les missions de la Communauté énoncées à l'article 2 du traité CE, il s'agit de promouvoir « *un niveau de protection sociale élevé* » et « *le relèvement du niveau et de la qualité de vie, la cohésion économique et sociale et la solidarité entre Etats membres* ».

Dès lors, il est prévu que la Communauté contribue, par son action, à « *la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé* »⁸.

Ainsi le traité consacre un Titre à la santé publique (art. 152 CE) ; celle-ci doit être envisagée de façon **transversale** dans les politiques européennes. La Communauté joue un **rôle complémentaire** dans les domaines de la santé publique, de la prévention et de soutien à la coopération entre États membres en application du principe de subsidiarité.

L'organisation des systèmes de soins est laissée à la compétence des Etats.

En effet, en vertu de l'article 152, 5. CE : « *L'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des Etats membres en matière **d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux.** (...)* »

La Communauté européenne n'a ainsi pas de compétence pour développer une politique de soins de santé propre.

Toutefois, les Etats membres sont tenus de se conformer aux grands principes définis par le traité, et notamment les principes de libre circulation des personnes, des biens, des services et des capitaux. Les principes applicables à la mobilité du

⁷ Version consolidée du traité instituant la Communauté européenne, JOCE C 325, 24/12/2002, pp. 33-184. Dans la suite du document, les articles de ce traité sont désignés par l'abréviation « CE ».

⁸ Art. 3, 1, p) CE

patient sont : le principe de la libre circulation des personnes et de l'égalité de traitement ainsi que, indirectement, le principe de libre prestation des services.

Le principe de la libre circulation des personnes :

En décidant de créer un marché intérieur, l'Union européenne accentue la mise en œuvre du principe de la libre circulation et notamment celle des personnes⁹.

Le Traité CE énonce la libre circulation des travailleurs (article 39 CE) qui, comme l'indique l'article 42 CE, ne peut être entravée par la protection sociale.

En effet, l'article 42, dispose que « *Le Conseil (...) adopte dans le domaine de la **sécurité sociale** les mesures nécessaires pour l'établissement de la **libre circulation des travailleurs**, en instituant notamment un système permettant d'assurer aux travailleurs migrants et à leurs ayants droit :*

- a. la **totalisation**, pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de celles-ci, de toutes périodes prises en considération par les différentes législations nationales ;*
- b. le **paiement des prestations** aux personnes résidant sur les territoires des États membres. (...) »¹⁰*

Depuis le Traité de Nice, l'article 18 CE accorde à tout citoyen de l'Union le droit de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres.

Le principe d'égalité de traitement :

Le principe d'égalité de traitement (art. 12 CE) est un corollaire à la règle de la libre circulation. Il **interdit** « *toute discrimination exercée en raison de la nationalité* »¹¹.

Le principe de libre prestation des services¹² :

Ce principe (art. 49 CE) permet la libre circulation des prestataires de services dans l'Union européenne et les autorise à exercer dans un État membre, de manière temporaire, le temps de l'exécution de la prestation et dans le respect des règles de ce pays.

Dans le secteur des soins de santé, il concerne au premier chef les prestataires mais est utilisé par la Cour de justice des Communautés européennes dans la défense des droits des patients¹³.

La notion de « services » définie par l'article 50 concerne « *les prestations fournies normalement contre rémunération, dans la mesure où elles ne sont pas régies par les dispositions relatives à la libre circulation des marchandises, des capitaux et des personnes. (...)*

*Ces services comprennent notamment **les activités des professions libérales.** »*

Les prestations des médecins tombent donc naturellement dans le champ d'application de cette disposition.

⁹ Art. 3, 1 CE

¹⁰ Ces mesures sont mises en œuvre dans le règlement n°1408/71 CE.

¹¹ Art. 12 CE

¹² Art. 49 CE

¹³ CJCE, 31 janvier 1984, *Luisi et Carbone*, C-286/82, C-26/83. Cf. *infra* : La jurisprudence de la CJCE

La charte des droits fondamentaux de l'Union européenne¹⁴

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne a été signée à Nice en 2000. Elle reprend l'ensemble des droits civiques, politiques, économiques et sociaux des citoyens européens et des personnes vivant sur le territoire de l'Union.

Dans son chapitre IV, consacré à la solidarité, la Charte proclame un droit à la sécurité sociale¹⁵ en affirmant que *« toute personne qui réside et se déplace légalement à l'intérieur de l'Union a droit aux prestations de sécurité sociale et aux avantages sociaux, conformément au droit communautaire et aux législations et pratiques nationales. »*

Il inscrit également un droit à la protection de la santé¹⁶ pour tous par *« le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et (le droit) de bénéficier de soins médicaux dans des conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. »*

La Charte n'a pas de valeur contraignante au sein de l'ordre juridique européen mais avait été intégrée dans le projet de la Constitution européenne¹⁷. Elle aurait acquis une force contraignante si la Constitution était entrée en vigueur par sa ratification par tous les États membres.

Le traité établissant une Constitution pour l'Europe 2004¹⁸

Le projet de Traité établissant une Constitution pour l'Europe intègre, dans sa partie II, la Charte des droits fondamentaux¹⁹.

Ce texte reste à ce jour en état de projet en raison de la non ratification du document par l'ensemble des États Membres.

Le projet de constitution envisage sur le même plan l'objectif de l'Union qui est d'offrir un marché intérieur de libre concurrence et le fondement essentiel de la protection sociale²⁰. Il consacre les principes de libre circulation, de liberté d'établissement et de non-discrimination.

Dans le Titre III de sa Partie I, la Constitution énonce le mode de répartition et d'exercice des compétences²¹.

Les principes de subsidiarité et de proportionnalité subsistent et des catégories de compétences sont définies selon les domaines. Il s'agit de la compétence exclusive de l'Union et de la compétence partagée avec les États membres.

La marge de manœuvre de l'Union est ainsi différente selon que l'on se trouve face à l'une ou l'autre catégorie.

Si la politique de la concurrence relève de la compétence exclusive de l'Union²², le marché intérieur, la politique sociale²³, la protection des consommateurs et les

¹⁴ JOCE C 364, 18/12/2000, pp. 1-22.

¹⁵ Art. 34

¹⁶ Art. 35

¹⁷ Traité établissant une constitution pour l'Europe, JOUE C310, 16/12/2004.

¹⁸ JOUE C310, 16/12/2004.

¹⁹ Cf. *supra* : Charte des droits fondamentaux

²⁰ Art. I-3, Traité établissant une constitution pour l'Europe, JOUE C310, 16/12/2004.

²¹ Art. I-11 et s.

²² Art. I-13

²³ Dans les limites définies par la Partie III.

enjeux communs de sécurité en matière de santé publique sont définis comme des compétences partagées²⁴. Quant à la protection et l'amélioration de la santé humaine, l'Union ne dispose sur ces questions que d'un rôle d'appui, de coordination ou de complément²⁵.

Dans le titre consacré aux politiques de l'Union, le Chapitre V comporte une Section 1 intitulée « Santé publique » (article III-278). Cet article pose un objectif transversal dans la politique européenne de « *niveau élevé de santé humaine* » et détaille la méthode envisagée pour s'en approcher. Pour la première fois, il mentionne le soutien de l'Union aux complémentarités frontalières.

2. Le droit dérivé

Le droit dérivé recouvre l'ensemble des actes unilatéraux adoptés par les institutions en exécution des traités.²⁶

Par conséquent, selon un principe appliqué par la Cour de justice, un article de droit dérivé est interprété, de préférence, dans le sens de sa conformité avec les dispositions du Traité.

Le texte central qui régit la question du remboursement des soins au sein de l'Union est le règlement CE 1408/71 du Conseil, mais d'autres dispositions du droit secondaire viennent le compléter.

De par sa nature, ce texte est directement applicable dans le droit national des Etats membres.

Le règlement CE 1408/71 du Conseil²⁷ relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté

Il s'agit d'un régime minimal de **coordination** (et non d'une harmonisation) des systèmes de sécurité sociale.

L'objectif du règlement est l'exercice effectif de la libre circulation des personnes édicté à l'article 42 CE²⁸.

Le texte réaffirme le principe de l'égalité de traitement²⁹ en ce que, sauf disposition contraire, les mêmes prestations et les mêmes obligations sont appliquées aux bénéficiaires de cette législation et aux ressortissants de l'Etat membre concerné.

Ce texte est l'instrument utilisé devant les autorités nationales pour revendiquer le droit d'obtenir la fourniture de soins de santé dans un autre Etat membre. La CJCE³⁰ est alors amenée à interpréter le texte et à juger de la conformité des dispositions nationales à ce règlement.

²⁴ Art. I-14

²⁵ Art. I-17

²⁶ Cf. VAN RAEPENBUSCH, S. ; *Droit institutionnel de l'Union et des Communautés européennes*, De Boeck Université, 1998, p.285.

²⁷ Règlement (CEE) N°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, JOCE L 149, 05/07/1971 dans sa version modifiée et mise à jour par le règlement (CE) N°118/97 du Conseil du 2 décembre 1996, JOCE L 28, 30/01/1997.

Abrogé par le règlement (CE) N°883/2004 du 29 avril 2004, JOUE 2004, L 166/1, 30/04/2006, JOUE 2004, L 200/1, 07/06/2004 pas encore en application.

²⁸ Cf. supra, le principe de la libre circulation des personnes

²⁹ Art. 3

³⁰ Cour de justice des Communautés européennes.

Cependant, suite à la jurisprudence de la Cour, le règlement a évolué au niveau des conditions d'accès aux soins à l'étranger tant dans le cadre des soins inopinés que des soins programmés³¹.

Champ d'application

Au niveau **territorial**, le règlement s'applique bien sûr dans les vingt cinq Etats membres de l'Union européenne³² mais également au sein de l'Espace économique européen (EEE)³³ et en Suisse.

Au fil du temps, son **champ d'application personnel** a été élargi au-delà des seuls travailleurs migrants, aux fonctionnaires, étudiants, chercheurs d'emploi, retraités et aux membres des familles de personnes précitées³⁴.

Depuis le 1^{er} juin 2003, les ressortissants des Etats tiers qui ne pouvaient bénéficier de ce règlement uniquement car ils n'avaient pas la nationalité d'un des Etats membres, tombent maintenant dans son champ d'application pour autant qu'ils soient en situation régulière dans la Communauté et que le cas envisagé présente des éléments dans plusieurs Etats membres³⁵. Autrement dit, la situation du ressortissant d'un pays tiers ne peut présenter un rattachement uniquement avec ce pays tiers et un seul Etat membre.

Quant à son **champ d'application matériel**, il couvre neuf branches de la sécurité sociale qui sont³⁶ :

- a) Les prestations de maladie et de maternité,
- b) Les prestations d'invalidité,
- c) Les prestations de vieillesse,
- d) Les prestations de survivants,
- e) Les prestations d'accident du travail et de maladie professionnelle,
- f) Les allocations de décès,
- g) Les prestations de chômage,
- h) Les prestations familiales.

Régime d'affiliation et droits ouverts

Pour faciliter la détermination de la législation applicable, le règlement retient le principe de l'affiliation unique à un régime de sécurité sociale³⁷.

C'est le **régime de l'Etat membre où l'activité salariée ou non salariée est exercée** qui s'applique ou, **à défaut** d'activité professionnelle ou de situation de chômage, **la législation du pays de résidence**.

Dans le cas où l'accès aux droits de sécurité sociale est subordonné, dans un Etat membre, à l'accomplissement de périodes d'assurance, d'emploi, d'activité non

³¹ Cf. in fine au règlement (CE) N°883/2004 du 29 avril 2004.

³² Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.

³³ L'EEE comprend la Communauté européenne plus l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège.

³⁴ Art. 2

³⁵ Règlement (CE) N°859/2003 du Conseil du 14 mai 2003 visant à étendre les dispositions du règlement (CEE) N°1408/71 et du règlement (CEE) N°574/72 aux ressortissants des pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces dispositions uniquement en raison de leur nationalité, JOUE L 124, 20/05/2003.

Remarque : le Danemark n'est pas lié par ce règlement.

³⁶ Art. 4, 1.

³⁷ Art. 13

salariée ou de résidence, cet Etat membre doit tenir compte, de manière équivalente, des périodes effectuées dans tout autre Etat membre. C'est le principe de la **totalisation des périodes**³⁸.

Etendue des droits

Dans le cadre de séjours dans un autre Etat membre, pour les soins visés par le règlement, le bénéficiaire a **droit aux soins prestés sur le lieu de séjour comme s'il y était affilié, à charge de l'Etat compétent** (article 22).

Le texte différencie deux catégories de soins à l'étranger : les soins inopinés lors d'un séjour temporaire³⁹ et les soins dits « programmés »⁴⁰.

- **Soins en cas de séjour temporaire** : la personne dont les droits sont ouverts dans son pays compétent⁴¹, bénéficie du remboursement des soins dispensés à l'étranger quand son état vient à nécessiter des prestations nécessaires d'un point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour.
- **Soins dits « programmés »** : le patient qui demande à recevoir des soins à l'étranger doit être en possession d'une **autorisation médicale préalable** délivrée par son organisme assureur (Caisse d'assurance maladie (F), mutuelle (B), ...) pour obtenir le remboursement de ces soins.
L'Etat membre compétent est libre de refuser l'autorisation ; cependant deux conditions cumulées l'obligent à la délivrer⁴² :
 - quand les soins visés figurent parmi les prestations couvertes par le pays compétent**et**
 - qu'ils ne peuvent être dispensés dans le délai normalement nécessaire, compte tenu de l'état de santé actuel du patient et de l'évolution probable de la maladie⁴³.

Suite à la jurisprudence constante établie par la CJCE depuis les affaires Decker et Kohll, l'autorisation préalable n'est plus requise pour obtenir le remboursement des **soins ambulatoires délivrés à l'étranger** et ce en vertu de l'application du principe de libre prestation de services⁴⁴.

A défaut d'autorisation préalable, les soins ambulatoires sont remboursés sur base du tarif du pays compétent et non du pays de délivrance des soins. Ce cas de figure sort de l'application du règlement n°1408/71. Si le patient souhaite cependant obtenir le remboursement des frais sur base du tarif du pays de soins, il doit préalablement obtenir une autorisation médicale de l'autorité compétente.

Progressivement, l'application de l'article 22,1., c) (soins programmés) devrait donc être limitée aux cas où elle permet d'obtenir des droits qui ne découlent pas de l'interprétation des articles 49 et 50 du Traité CE (ex : une prestation hors du panier des soins défini par l'État d'affiliation, une couverture plus avantageuse)⁴⁵.

³⁸ Art. 18

³⁹ Art. 22, 1., a)

⁴⁰ Art. 22, 1., c)

⁴¹ Cette condition est attestée par la carte européenne d'assurance maladie (CEAM).

⁴² CJCE, 16 mai 2006, *Watts*, C-372/04 ; CJCE, 23 octobre 2003, *Inizan*, C-56/01 ; CJCE, 13 mai 2003, *Müller-Fauré et van Riet*, C-385/99, Cf. B. La jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes.

⁴³ Art. 22, 2.

⁴⁴ Cf. *infra* : CJCE, 13 mai 2003, *Müller-Fauré et van Riet*, C-385/99.

⁴⁵ Cf. JORENS, Y. ; COUCHEIR, M. ; VAN OVERMEIREN, F. ; *Accès aux soins de santé dans un marché unique : impact sur les systèmes légaux et complémentaires*, Universiteit Gent, Département de droit social, 2005, pp.15-16.

Règlement n°1408/71

En dehors de l'État d'affiliation, le principe d'égalité de traitement doit être respecté :

- * *Séjour temporaire* article 22, 1, a)
document probant : la CEAM⁴⁶ (qui remplace le formulaire E111)
- * *Soins programmés* article 22, 1, c) et 2)
document probant : autorisation préalable (le formulaire E112)
refus illégal à 2 conditions cumulatives :
 - 1) Les soins sont couverts par la protection sociale de l'Etat membre de résidence ;
 - 2) Les soins ne peuvent être dispensés dans le délai normalement nécessaire, compte tenu de l'état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.

Pour des raisons pratiques, certaines *prestations en nature* dispensées au cours d'un séjour à l'étranger nécessitent un accord préalable entre le bénéficiaire et l'institution prestataire⁴⁷. Elles sont reprises sur une liste établie par la Commission administrative pour la Sécurité sociale des travailleurs migrants qui comprend la dialyse rénale et les traitements à l'oxygène⁴⁸.

Attention, la particularité du statut belge du travailleur indépendant entraîne des aménagements dans l'application de ces règles.⁴⁹

Assuré résidant dans un autre Etat membre que son Etat compétent

L'article 19 traite de l'accès aux prestations maladie et de maternité des personnes assurées et des membres de leur famille qui résident dans un Etat membre autre que leur Etat membre d'affiliation.

Ils bénéficient des **prestations en nature** comme tout ressortissant de l'État de résidence. Autrement dit, la législation de l'Etat de résidence leur est applicable tant pour les soins reçus sur ce territoire que dans les autres Etats membres.

Pour les **prestations en espèces**, elles restent du ressort de l'Etat compétent. Toutefois, les institutions peuvent conclure un accord pour que l'institution compétente c'est-à-dire l'institution de résidence délivre directement ces prestations.

Les formulaires E106 (travailleur frontalier) ou E121 (inactif) délivrés par l'État d'affiliation à son assuré lui ouvrent le droit d'accès aux soins dans son nouvel **État de résidence**.

Travailleur frontalier

En ce qui concerne le travailleur frontalier, il peut également être soigné dans l'Etat membre où il travaille, comme s'il y résidait⁵⁰. Quant aux membres de sa famille,

⁴⁶ Carte européenne d'assurance maladie

⁴⁷ Art. 22, 1 bis

⁴⁸ Décision N°196 du 23 mars 2004, en application de l'article 22, paragraphe 1 *bis*, (2004/482/CE), JOUE 2004, L 156.

⁴⁹ Leur CEAM ne les couvre que pour les « gros risques » mais la réforme engagée en 2006 supprime peu à peu cette différence de statut. Cf. *infra* : Ordres juridiques nationaux, La Belgique

⁵⁰ Art. 20

sauf en cas d'urgence, ce droit est subordonné à un accord bilatéral ou, à défaut, à l'autorisation préalable de l'institution compétente.

Inactif

Le bénéficiaire d'une pension de retraite qui s'est établi dans un autre Etat membre que celui qui lui verse sa retraite et qui souhaite retourner dans son pays d'origine pour se faire soigner, doit solliciter auprès de son organisme du lieu de résidence une autorisation préalable visée à l'article 22, 1., c).

Le financement de ses soins fonctionne selon un mécanisme forfaitaire⁵¹ : le pays compétent pour le versement de l'allocation de retraite acquitte un montant forfaitaire à l'Etat membre de résidence. Cette somme couvre tous les frais de maladie générés par la personne concernée y compris les frais des soins dispensés à l'étranger. Or, le remboursement de ces soins est calculé au coût réel et est assumé par l'Etat membre d'établissement.

Certains pays sont par conséquent réticents à délivrer les autorisations préalables nécessaires à la délivrance de soins à l'étranger et notamment dans le pays compétent⁵².

Coopération loyale

Afin d'assurer une bonne application du Règlement 1408/71, une obligation mutuelle d'information et de coopération entre institutions et personnes couvertes est prévue⁵³. Elle impose aux institutions, dans le respect du principe de bonne administration, de répondre aux demandes dans un délai raisonnable. Quant aux personnes concernées, elles ont un devoir d'information vis-à-vis des institutions de leur Etat compétent et de résidence de tout changement de leur situation personnelle ou familiale qui affecte leurs droits à des prestations prévues par le règlement.⁵⁴

De plus, il existe une procédure pour remédier aux difficultés d'interprétation ou d'application du Règlement susceptibles d'affecter les droits d'une personne couverte. Il s'agit pour l'Etat compétent ou de résidence de s'adresser aux institutions de l'Etat membre concerné puis, à défaut de solution dans un délai raisonnable, de saisir la commission administrative.⁵⁵

Le règlement CE 574/72 du Conseil⁵⁶ fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n°1408/71

Ce règlement fixe les modalités d'application du règlement (CEE) n°1408/71 ; il régit la protection des droits de sécurité sociale des personnes qui se déplacent dans l'Union.

Il précise, entre autres, les institutions compétentes de chaque Etat membre⁵⁷, la procédure à suivre par les bénéficiaires des prestations pour obtenir la prise en

⁵¹ Art. 95, règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972, JOCE 1972, L 74, 27/03/1972.

⁵² Cf. C.J.C.E., 03/07/2003, *van der Duin et van Wegberg*, C-156/01, cité par PALM, W. ; « La révision du règlement 1408/71 : quelle portée pour le secteur de la santé », in RBSS, SPF Sécurité sociale, Bruxelles, 2004, p. 694.

⁵³ Art. 84 bis

⁵⁴ Art. 84 bis, §1.

⁵⁵ Art. 84 bis, §3.

⁵⁶ Règlement (CEE) N°574/72 du Conseil du 21 mars 1972, JOCE 1972, L 74, 27/03/1972 modifié par le règlement d'application (CE) 77/2005 du 13 janvier 2005, JOUE 2005, L 016/3, 20/01/2005.

⁵⁷ Annexe 2

charge de celles-ci et les conditions de remboursement entre institutions⁵⁸, la manière de totaliser les périodes d'assurance utiles à l'ouverture des droits⁵⁹...

Le chapitre 2 du titre IV traite spécifiquement de la branche « maladie et maternité » et notamment de la situation du travailleur frontalier ainsi que des procédures de remboursement a posteriori.

Pour le **travailleur frontalier** ou les membres de sa famille, il est stipulé que les médicaments, les bandages, les lunettes, le petit appareillage, les analyses et examens de laboratoire ne peuvent être délivrés ou effectués que sur le territoire de l'Etat membre où ils ont été prescrits. Des dérogations à cette règle sont possibles si la législation appliquée par l'institution compétente ou un accord conclu entre les Etats membres intéressés sont plus favorables⁶⁰.

Le règlement prévoit également qu'en ce qui concerne **l'oubli ou la non présentation des formulaires ad hoc**, il est possible de régulariser la procédure quand il s'agit de soins dispensés lors d'un séjour temporaire⁶¹ mais pas dans le cadre de soins programmés nécessitant un formulaire E112 (sauf en cas de force majeure)⁶².

Dans le cadre de soins reçus lors d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre (soins inopinés), l'institution compétente peut procéder au **remboursement des frais exposés par l'assuré** lors de ce séjour⁶³. Dès lors, si ce dernier n'était pas en possession de sa CEAM lors du séjour et qu'il a payé ses soins, il peut introduire une demande de remboursement auprès de son institution compétente aux tarifs appliqués par l'institution du lieu de séjour. L'institution compétente introduit alors une demande de tarifs auprès de l'institution du lieu de séjour⁶⁴.

Cependant, le remboursement aux tarifs appliqués par l'institution compétente est possible à 3 conditions :

1. ces tarifs doivent permettre le remboursement⁶⁵ ;
2. le montant des frais ne peut dépasser le montant fixé par la Commission administrative ;
3. l'assuré doit donner son accord.

Le montant du remboursement ne peut évidemment pas dépasser le montant des frais exposés.

Si la législation de l'Etat membre de séjour ne prévoit pas de tarifs de remboursement, l'institution compétente peut rembourser selon ses propres tarifs même sans l'accord de l'intéressé.

Les **modes de remboursement entre institutions** sont présentés au titre V du règlement.

⁵⁸ Art. 93, 94, 95

⁵⁹ Art. 15

⁶⁰ Art. 19

⁶¹ Art. 21, 1.

⁶² Art. 22, §§1 et 3.

⁶³ Art. 34

Cette procédure permet, en Belgique, de rembourser les indépendants ayant reçu des « soins ambulatoires » (petits risques) qui cotisent à ce risque.

⁶⁴ Dans l'hypothèse où les institutions sont tenues par un accord soit de renonciation à tout remboursement, soit de remboursement forfaitaire, l'institution du lieu de séjour transfère, en outre, à l'institution compétente, le montant à rembourser à l'intéressé.

⁶⁵ C'est-à-dire faire partie des prestations couvertes par la sécurité sociale.

Sauf accord entre Etats membres pour le remboursement sur base de forfaits, l'institution compétente rembourse l'institution du lieu de séjour **selon la comptabilité** de cette dernière ou quand cela s'avère impossible, par un forfait établi sur base des données disponibles et dont le montant est arrêté par la commission administrative.⁶⁶

En ce qui concerne les retraités qui résident dans un autre Etat membre que celui qui leur verse leur pension et reçoivent des soins dans un Etat membre autre que leur Etat de résidence, l'institution du lieu de résidence est considérée comme l'institution compétente et doit donc prendre le remboursement en charge.⁶⁷

Cependant, l'Etat membre compétent pour le versement de l'allocation de retraite rembourse les prestations en nature à cet Etat de résidence selon **le principe du forfait**.⁶⁸ L'Etat de résidence (nouvel Etat d'affiliation) reçoit donc un forfait destiné à couvrir tous les soins du retraité tant sur son territoire que sur celui des autres Etats membres alors qu'il doit rembourser au coût réel les soins autorisés en dehors de son territoire.

Le même **principe de forfait** s'applique pour les membres de la famille d'un travailleur qui ne résident pas dans le même Etat que ce dernier.⁶⁹

Dans les deux cas, la formule établie pour définir le montant du forfait suit le schéma suivant⁷⁰ :

$$\frac{\text{Coût moyen /an /assuré}}{\text{Nombre moyen annuel d'assurés}} - 20\%$$

Le règlement CE 883/2004 du Parlement et du Conseil⁷¹ portant coordination des systèmes de sécurité sociale

Ce nouveau règlement est destiné à remplacer⁷² le règlement CEE 1408/71 qu'il simplifie sur les plans législatif et administratif par l'utilisation des méthodes électroniques d'échanges d'informations, le renforcement de la coopération entre les institutions de sécurité sociale et la clarification des rôles des différents intervenants.

Le **champ d'application personnel**, du règlement est défini en termes très larges de « ressortissants de l'un des Etats membres »⁷³. La condition de résidence dans l'Union européenne disparaît et renforce ainsi le principe d'égalité de traitement⁷⁴.

Quant à son **champ d'application matériel**, il couvre dix branches citées de la sécurité sociale⁷⁵ au lieu de neuf actuellement. Le nouveau règlement introduit la notion de prestations de préretraite. Par ailleurs, il élargit les prestations de maternité à celles de paternité.

⁶⁶ Art. 93

⁶⁷ Art. 93, 2.

⁶⁸ Art. 95

⁶⁹ Art. 94

⁷⁰ Art. 94 et 95

⁷¹ Règlement (CE) N°883/2004 du 29 avril 2004, JOUE 2004, L 166, 30/04/2004, rectificatifs JOUE 2004, L 200, 07/06/2004.

⁷² Il ne sera applicable qu'à partir de l'entrée en vigueur de son règlement d'application.

⁷³ Art. 2

⁷⁴ Art. 4

⁷⁵ Art. 3

Le **principe d'exportation des prestations**⁷⁶ est généralisé à toutes les prestations ; des conditions de résidence mises à l'obtention des prestations en espèces sont donc interdites.⁷⁷ Toutefois, une exception existe pour les prestations à la fois spéciales et à caractère non contributif qui seront inscrites à l'Annexe X.

Dans le chapitre maladie/maternité, le principe de l'autorisation demeure mais les conditions dans lesquelles cette autorisation doit être accordée pour des raisons médicales sont élargies. Désormais, suite aux arrêts de la CJCE⁷⁸, l'article 20, § 2, introduit la notion de « **délai acceptable sur le plan médical** » à la place du « délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement » du règlement 1408/71. Les listes d'attente ne peuvent désormais plus être prises en compte comme critère pour l'évaluation du délai.

Le travailleur frontalier peut recevoir des soins dans l'Etat où il travaille comme s'il y résidait. Ce droit est étendu aux membres de sa famille sauf pour les pays qui s'y opposent en s'inscrivant à l'annexe III⁷⁹ du règlement 883/2004.⁸⁰

En ce qui concerne **l'ancien travailleur frontalier**, les Etats membres ne sont pas encore parvenus à un accord pour ouvrir un droit inconditionnel aux soins dans son ancien pays de travail sauf⁸¹ :

- dans le cadre de la poursuite d'un traitement entamé avant la mise à la retraite ou
- si le pays compétent et le pays de résidence sont inscrits à l'annexe V⁸², pour des soins dans le pays où il a travaillé au moins deux ans dans les cinq années qui précèdent sa mise à la retraite. Cette disposition s'applique aux membres de sa famille si l'Etat compétent n'est pas inscrit à l'annexe III⁸³.

Le retraité qui habite à l'étranger (c'est-à-dire dans un Etat membre autre que celui débiteur de sa pension) possède le droit inconditionnel aux soins dans son pays compétent si ce dernier le prévoit explicitement⁸⁴.

En effet, les Etats membres inscrits à l'annexe IV⁸⁵ permettent à leurs retraités qui habitent à l'étranger de revenir se faire soigner sur leur territoire à tout moment et à leur charge. C'est entre autres le cas pour la Belgique, la France et le Grand-Duché de Luxembourg.

Le remboursement des soins entre institutions est maintenant basé sur le principe du décompte sur base des frais réels, même pour les retraités et leur famille. Toutefois le décompte forfaitaire subsiste pour les Etats membres dont les structures juridiques ou administratives rendent inadéquat le remboursement sur la base des frais réels.⁸⁶

⁷⁶ Le bénéficiaire d'une prestation de sécurité sociale conserve celle-ci même s'il réside dans un Etat membre différent de celui sous la législation duquel il l'a acquise. Ce principe va à l'encontre du principe de territorialité des prestations.

⁷⁷ Art. 7

⁷⁸ CJCE, 12 juillet 2001, *Smits-Peerbooms*, C-157/99 ; CJCE, 13 mai 2003, *Müller-Fauré et van Riet*, C-385/99 et CJCE, 23 octobre 2003, *Inizan*, C-56/01.

⁷⁹ Les pays qui figurent à l'annexe III sont : le Danemark, l'Espagne, l'Irlande, les Pays-Bas, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni.

⁸⁰ Art. 18

⁸¹ Art. 28

⁸² Les pays figurant à l'annexe V sont : la Belgique, l'Allemagne, l'Espagne, la France, le Luxembourg, l'Autriche et le Portugal.

⁸³ Les pays qui figurent à l'annexe III sont : le Danemark, l'Espagne, l'Irlande, les Pays-Bas, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni.

⁸⁴ Art. 27, § 2

⁸⁵ Les pays figurant à l'annexe IV sont : la Belgique, l'Allemagne, la Grèce, l'Espagne, la France, l'Italie, le Luxembourg, l'Autriche et la Suède.

⁸⁶ Art. 35

Si un Etat membre opte quand même pour un décompte forfaitaire pour les pensionnés et leur famille qui vivent sur son territoire, il devient l'Etat compétent pour l'application des règles en matière de soins programmés (octroi du E112, remboursement...).⁸⁷ En ce qui concerne les autres soins, l'Etat membre compétent pour le paiement de la pension reste responsable pour la délivrance de la CEAM et les frais qui y sont liés.⁸⁸

Le nouveau mécanisme est donc tout à fait différent du système actuellement en application où suite au paiement du forfait par l'Etat membre compétent à l'Etat membre de résidence, ce dernier devenait compétent pour tous les soins tant sur son territoire qu'en dehors de ses frontières.⁸⁹

La possibilité laissée aux Etats membres de choisir entre le système du forfait ou celui du décompte des frais réels, d'offrir ou non aux retraités un droit inconditionnel aux soins dans leur pays d'origine (débitéur de la pension) crée une multitude de situations différentes d'un Etat à l'autre qu'il ne sera pas aisé d'identifier.

La proposition de règlement d'application⁹⁰

Le futur règlement d'application devrait s'articuler selon quatre axes :

1. Une coopération plus efficace entre les institutions de sécurité sociale (via les échanges électroniques de données) ;
2. Une simplification (en évitant les répétitions et en clarifiant les droits et obligations des différents acteurs) ;
3. Une amélioration de la transparence des procédures financières (comme le remboursement) ;
4. Une plus grande flexibilité laissée aux Etats membres pour établir des procédures plus simples entre eux.

Par ailleurs, ce règlement établira des critères pour définir plus facilement la notion de « résidence ». Il introduira aussi le principe de l'application provisoire d'une législation quand un doute persiste, accompagné d'une obligation de liquidation provisoire.

La proposition de directive du Parlement et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur

Le 13 janvier 2004, la Commission européenne a déposé une proposition de directive⁹¹, dite « directive Bolkestein », dont l'objectif est de développer un cadre général d'application des règles du marché intérieur aux services en général, en ce compris les soins de santé.

Suite à différents amendements du Parlement européen, la matière des soins de santé a été retirée du texte et un projet d'article tendant à codifier la jurisprudence

⁸⁷ Art. 27, § 5.

⁸⁸ Cf. PALM, W. ; « La révision du règlement 1408/71 : Quelle portée pour le secteur de la santé ? » in *RBSS*, 2004, p. 695.

⁸⁹ Cf. *supra*, Règlements CE 1408/71 et 574/72

⁹⁰ Proposition du 31/01/2006 COM (2006) 16 final

⁹¹ Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur, Commission des Communautés européennes, COM (2004) 2 final, 2004/0001 (COD), Bruxelles le 13/01/2004.

de la CJCE concernant la procédure de mobilité des patients fondée sur le Traité⁹² a également été supprimé.

Cette directive doit être adoptée selon la procédure de la codécision.

La proposition modifiée présentée par la Commission le 4 avril 2006⁹³ exclut les services de soins de santé de son champ d'application⁹⁴ tout comme la position commune arrêtée par le Conseil le 17 juillet 2006⁹⁵ en vue de son adoption par le Parlement et le Conseil en seconde lecture.

⁹² Cf. JORENS, Y. ; COUCHEIR, M. ; VAN OVERMEIREN, F. ; *Accès aux soins de santé dans un marché unique : impact sur les systèmes légaux et complémentaires*, Université Gent, Département de droit social, 2005, p.16.

⁹³ COM (2006) 160 final

⁹⁴ Art. 2, 2, c quater)

⁹⁵ Art. 2, 2, f) de la Position commune arrêtée par le Conseil en vue de l'adoption de la directive relative aux services dans le marché intérieur, Dossier interinstitutionnel : 2004/0001 (COD), 10003/06.

B. La jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes

La Cour de justice des Communautés européennes joue un rôle important dans le développement des droits du patient par son interprétation des dispositions législatives de l'Union. En effet, la Cour a rendu plus de 500 arrêts concernant les dispositions communautaires en matière de sécurité sociale.⁹⁶ Différents arrêts significatifs relatifs à l'accès aux soins à l'étranger ont marqué l'évolution de cette problématique au cours des trente dernières années. Ils sont présentés ici de manière chronologique.

– **Pierik I et II (1978,1979)**⁹⁷

Madame Pierik, de nationalité néerlandaise, réside aux Pays-Bas et bénéficie d'une pension d'invalidité.

Elle demande le remboursement d'une hydrothérapie dispensée en Allemagne sur base de l'article 22, 1, c) du règlement 1408/71. L'autorisation préalable lui a été refusée par la caisse d'assurance maladie néerlandaise car le traitement ne faisait pas partie du panier de soins de l'assurance maladie néerlandaise.

La Cour dit pour droit que **l'autorisation doit être délivrée** pour des soins programmés **quand** les soins dispensés dans l'autre Etat membre sont plus efficaces que ceux de l'Etat de résidence ou quand ils ne peuvent être dispensés dans ce dernier.

– **Arrêt Luisi et Carbone (1984)**⁹⁸

Deux résidents italiens attaquent des décrets leur infligeant des amendes pour avoir acquis des devises étrangères, en vue de leur utilisation à l'étranger, pour un montant en lires dépassant le maximum autorisé par la législation italienne.

Madame Luisi affirme avoir exporté les devises en question, entre autres, pour subir des soins médicaux en Allemagne.

Elle conteste la législation italienne en cause comme incompatible avec le droit communautaire.

La Cour applique **le principe de la libre circulation des services** aux soins de santé.

Les bénéficiaires de soins sont considérés comme des destinataires de services.

La liberté de prestation de services inclut la liberté du destinataire de choisir son pays de soins sans être gêné par des obstacles en matière de paiement.

⁹⁶ Commission européenne, DG Emploi & affaires sociales, *Les dispositions communautaires en matières de sécurité sociale*, Office des Publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 2005, p.49.

⁹⁷ CJCE, 16 mars 1978, *Pierik*, C-117/77 ; CJCE, 31 mai 1979, *Pierik II*, C-182/78.

⁹⁸ CJCE, 31 janvier 1984, *Luisi et Carbone*, C-286/82, C-26/83.

– Arrêts Kohll⁹⁹ et Decker¹⁰⁰ (1998)

Messieurs Kohll et Decker, tous deux de nationalité luxembourgeoise et affiliés au système de sécurité sociale luxembourgeois, se voient refuser le remboursement de prestations de soins délivrées dans un autre Etat membre.

Monsieur Decker n'avait pas d'autorisation préalable pour l'achat de lunettes en Belgique et monsieur Kohll s'était vu refuser cette autorisation pour un traitement orthodontique en Allemagne pour sa fille car le traitement n'était pas urgent et aurait donc pu être dispensé au G-D de Luxembourg.

Ils contestent ces décisions au motif que l'autorisation préalable est contraire au principe de libre circulation des biens et services.

Il s'agit d'une demande de remboursement de **soins non hospitaliers** à l'étranger.

La Cour examine l'affaire Decker au regard des dispositions relatives à la **libre circulation des marchandises** et applique le principe de la **libre circulation des services** aux systèmes de remboursement des soins de santé (sécurité sociale) dans le cadre de l'affaire Kohll.

L'autorisation préalable pour la prise en charge financière par le système national de sécurité sociale de produits et services médicaux dispensés (hors infrastructure hospitalière) dans un autre Etat membre est une entrave au principe de la libre circulation des produits et services. Cette entrave n'est pas justifiée.

Des exceptions existent pour :

1. Préserver l'équilibre des régimes nationaux de soins de santé s'il y a preuve d'un danger réel ;
2. Protéger et valoriser l'infrastructure médicale de l'Etat membre s'il existe une menace effective sur la santé publique ;
3. Maintenir une capacité de soins ou une compétence médicale sur le territoire national.

La Cour dégage un deuxième système de prise en charge des soins programmés à l'étranger sur base des articles 49 et 50 CE. Il y a remboursement des prestations dispensées à l'étranger « comme si elles avaient été délivrées dans son pays d'affiliation » c'est-à-dire **remboursement sur base du tarif du pays compétent (pays d'affiliation)**.

⁹⁹ CJCE, 28 avril 1998, *Kohll*, C-158/96.

¹⁰⁰ CJCE, 28 avril 1998, *Decker*, C-120/95.

– Arrêt Vanbraekel (2001)¹⁰¹

Madame Descamps, ressortissante belge, résidant en Belgique, sollicite de sa caisse d'assurance maladie belge (mutualité) l'autorisation de subir une intervention chirurgicale orthopédique en France.

L'autorisation lui est refusée pour cause de motivation insuffisante en raison de l'absence de l'avis d'un médecin exerçant dans une structure universitaire nationale.

Malgré l'absence d'autorisation, elle subit l'opération en France et introduit une action afin d'obtenir le remboursement du coût des soins par son organisme assureur.

Le rapport du médecin-expert confirme que l'intervention n'était pas couramment pratiquée en Belgique et que la santé de madame Descamps nécessitait bien l'hospitalisation à l'étranger.

La Cour est donc interrogée sur la question de savoir si, une fois établi qu'une hospitalisation dans un autre Etat membre aurait dû être autorisée, le remboursement des frais d'hospitalisation doit se faire selon le régime de l'Etat de l'institution compétente ou selon le régime de l'Etat où a eu lieu l'hospitalisation.

Il s'agit d'une demande de remboursement de **soins hospitaliers**.

Complétant sa jurisprudence relative aux autorisations préalables liées aux traitements médicaux suivis dans un autre Etat membre, la Cour de justice se prononce sur la prise en charge financière des soins lors d'une intervention hospitalière. Elle précise comment s'articulent les deux mécanismes de prise en charge des soins en dehors de l'Etat membre d'affiliation.

Un assuré social auquel a été, à tort, refusé une autorisation de se faire hospitaliser dans un autre Etat membre que son Etat d'affiliation a cependant droit au remboursement des frais engagés si l'autorisation est accordée postérieurement à cette hospitalisation, le cas échéant par voie judiciaire.

Le remboursement doit être au moins identique à celui qui aurait été accordé si l'assuré avait été hospitalisé dans son Etat d'affiliation.¹⁰²

Le patient a droit aux **tarifs de remboursement du pays d'affiliation** (pays compétent).

En effet, un niveau de couverture moins avantageux constitue un obstacle à la libre prestation de services établie par l'article 49 CE. Afin d'éliminer cette entrave, une obligation de **remboursement complémentaire** de la différence entre le remboursement dans le pays de prestation et le pays d'affiliation est instaurée par la Cour. Même dans le cas où il y a absence d'autorisation préalable, si le refus est déclaré non fondé par l'institution compétente ou par une décision judiciaire, ce complément est dû.

¹⁰¹ CJCE, 12 juillet 2001, *Vanbraekel*, C-368/98.

¹⁰² Cf. Communiqué de presse n° 33/01, CJCE.

– Arrêt Geraets-Smits et Peerbooms (2001)¹⁰³L'affaire Geraets-Smits :

Madame Smits qui souffre de la maladie de Parkinson, demande à son assurance maladie néerlandaise le remboursement de soins reçus en Allemagne.

Ce remboursement lui est refusé car un traitement satisfaisant est disponible aux Pays-Bas et que le traitement qu'elle a suivi en Allemagne n'apportait aucun avantage supplémentaire et n'avait donc pas de nécessité médicale.

Madame Smits introduit un recours dans lequel elle soutient que le traitement suivi présentait des avantages par rapport à celui proposé aux Pays-Bas.

L'affaire Peerbooms :

Monsieur Peerbooms tombe dans le coma à la suite d'un accident de la circulation. Hospitalisé aux Pays-Bas, il est ensuite transféré, dans un état végétatif, en Autriche où il reçoit un traitement intensif par neurostimulation.

Ce traitement n'est dispensé qu'à titre expérimental aux Pays-Bas et seulement aux jeunes patients atteints d'une affection neurologique spécifique.

Le neurologue de monsieur Peerbooms s'est vu refuser une autorisation de traitement en Autriche au motif que des soins adéquats existaient aux Pays-Bas.

L'expert a pourtant conclu qu'un traitement approprié et adéquat comme celui que monsieur Peerbooms a reçu ne lui était pas accessible aux Pays-Bas en raison de son âge et qu'il n'aurait pas pu bénéficier d'une thérapie adéquate autre part dans le pays.

Il s'agit d'une demande de remboursement de **soins hospitaliers** à l'étranger.

La Cour applique le principe de la **libre prestation des services**¹⁰⁴ au système des prestations en nature¹⁰⁵.

L'exception à cette libre circulation en matière de soins hospitaliers par l'octroi d'une autorisation préalable est jugée nécessaire et raisonnable à condition d'être justifiée par des raisons impérieuses d'intérêt général et de santé publique et de respecter le principe de proportionnalité.

La double condition du caractère usuel et nécessaire du traitement à l'étranger que le régime néerlandais pose à la délivrance de l'autorisation préalable doit être interprétée comme conforme au droit communautaire :

- si la condition du *caractère « usuel » du traitement* est interprétée comme un traitement suffisamment éprouvé et validé par la science médicale internationale et
- si la condition de *nécessité médicale du traitement* n'est pas remplie dans le cas où un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient est disponible en temps opportun dans un établissement conventionné. Pour mesurer le degré d'efficacité, la situation du patient doit être examinée au regard des circonstances caractérisant chaque cas concret au moment de la demande mais également des antécédents.

Chaque Etat membre délimite l'étendue de la couverture maladie dont bénéficient ses assurés. Il peut utiliser des listes limitatives de prestations remboursables ou fixer des plafonds de remboursements.

Le droit communautaire n'impose pas d'étendre le panier de prestations médicales que l'Etat membre prend en charge, quels que soient les traitements couverts par

¹⁰³ CJCE, 12 juillet 2001, *Smits (épouse Geraets) et Peerbooms*, C-157/99.

¹⁰⁴ Art. 50 CE

¹⁰⁵ La caisse de l'affilié paie directement l'établissement hospitalier.

les autres régimes de sécurité sociale. Chaque Etat doit néanmoins respecter le droit communautaire et ces listes de traitements doivent être dressées selon des critères objectifs, non discriminatoires et connus d'avance, sans référence au lieu d'établissement des prestataires de soins.

– **Arrêt Müller-Fauré et van Riet (2003)**¹⁰⁶

Madame Müller-Fauré, lors d'un séjour en Allemagne, consulte un dentiste sans autorisation préalable et demande le remboursement des soins à sa caisse de maladie néerlandaise.

Madame van Riet a subi, en Belgique, un traitement pour partie à l'hôpital et en demande la prise en charge à sa caisse de maladie néerlandaise.

Dans les deux cas, la caisse de maladie refuse le remboursement des frais au motif que les soins médicaux nécessaires et adéquats pouvaient être obtenus aux Pays-Bas dans un délai raisonnable.

Le régime d'assurance maladie néerlandais prévoit l'octroi de prestations en nature dispensées par des prestataires conventionnés. Les patients ne peuvent bénéficier de soins auprès de praticiens non conventionnés qu'après l'obtention d'une autorisation préalable. Celle-ci est accordée à la condition que les soins soient nécessaires et ne puissent pas être dispensés « en temps opportun » par un médecin conventionné national.

La Cour est interrogée sur la compatibilité de la réglementation néerlandaise avec le principe de libre prestation de services.

Il s'agit de demandes de remboursements de **soins hospitaliers** et **non hospitaliers** à l'étranger.

La Cour décide que le **principe de la libre prestation des services** s'oppose à la réglementation néerlandaise qui exige une autorisation préalable en cas de **soins non hospitaliers** dispensés dans un autre Etat membre par un prestataire non conventionné.

Par contre, en cas de **soins hospitaliers** l'exigence d'une autorisation préalable est justifiée.¹⁰⁷ L'arrêt apporte des précisions sur les exceptions relatives aux traitements hospitaliers.

Une distinction s'opère entre prestations hospitalières et non hospitalières.

Au niveau des soins hospitaliers :

Une décision de refus est admissible uniquement si un traitement identique ou avec une même efficacité existe et peut être dispensé en temps opportun.

Au niveau des soins non hospitaliers :

L'autorisation préalable est une entrave non justifiée¹⁰⁸.

Le refus de remboursement est possible pour absence de nécessité médicale.

Le critère qui permet d'apprécier cette nécessité de traitement à l'étranger a été affiné par rapport à l'arrêt *Smits et Peerbooms*¹⁰⁹ car, en plus de la situation du

¹⁰⁶ CJCE, 13 mai 2003, *Müller-Fauré et van Riet*, C-385/99.

¹⁰⁷ Cf. Communiqué de presse N° 36/03, CJCE.

¹⁰⁸ Pour rappel : dans le cas de soins dispensés à l'étranger sans autorisation préalable, l'Etat d'affiliation n'est tenu de prendre en charge que les prestations prévues dans la couverture de son régime d'assurance maladie et à ses tarifs de remboursement.

patient au moment de la demande d'autorisation ainsi que ses antécédents, il faut également prendre en compte « *le degré de la douleur ou la nature du handicap de ce dernier, qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle* ».

– Arrêt IKA (2003)¹¹⁰

Monsieur Ioannidis est résident grec et titulaire d'une pension de vieillesse versée par cet Etat.

Lors d'un séjour en Allemagne, il est hospitalisé d'urgence.

En possession du formulaire E111, délivré par la sécurité sociale grecque (IKA), il demande le paiement des frais médicaux par la caisse d'assurance maladie allemande, à charge, pour celle-ci, de se faire rembourser par l'IKA conformément au règlement 1408/71 CEE. La caisse de maladie allemande demande néanmoins à l'IKA de délivrer un formulaire E112 (soins programmés).

L'IKA refuse toute prise en charge des frais au motif que monsieur Ioannidis souffrait d'une maladie chronique et que la détérioration de son état de santé n'avait pas été soudaine.

La réglementation grecque exige, pour pouvoir rembourser, a posteriori, les frais médicaux déboursés par un pensionné à l'étranger, que la maladie se manifeste soudainement à l'occasion du séjour et que les soins soient immédiatement nécessaires.

La Cour étend la portée de l'article 31 du règlement 1408/71 CEE qui ouvre, pour les retraités et les membres de leur famille, le droit aux soins dans un Etat membre autre que leur Etat de résidence dans le cadre d'un séjour temporaire.

En effet, elle déclare que le bénéfice des **prestations en nature** garanti aux titulaires de pensions lors d'un séjour dans un Etat membre différent de leur Etat de résidence n'est **pas conditionné par l'apparition soudaine de l'affection** à cette occasion.

– Arrêt van der Duin et van Wegberg (2003)¹¹¹

M. van der Duin qui reçoit des prestations d'invalidité et Mme van Wegberg dont le mari perçoit une pension néerlandaise ont quitté les Pays-Bas pour s'établir respectivement en France et en Espagne où ils se sont inscrits auprès d'une caisse de maladie.

Ils se rendent tous deux aux Pays-Bas pour y être hospitalisés munis d'un formulaire E111.

Leurs demandes de prise en charge sont rejetées par la caisse de maladie néerlandaise compétente en l'absence de E112, formulaire adéquat dans le cadre de soins hospitaliers programmés.

Le tribunal saisi du recours contre la décision de refus de remboursement interroge la Cour sur la détermination de l'Etat compétent pour la prise en charge des soins et la caisse habilitée à délivrer l'autorisation préalable.

¹⁰⁹ Cf. *supra*

¹¹⁰ CJCE, 25 février 2003, *IKA*, C-326/00.

¹¹¹ CJCE, 3 juillet 2003, *van der Duin et van Wegberg*, C-156/01.

Pour le **titulaire de pension** ou de rente résidant dans un autre Etat membre que l'Etat débiteur de la pension ou de la rente, c'est **l'Etat de résidence** qui est l'Etat compétent.

La personne est assimilée à un citoyen de l'Etat de résidence.

Le régime d'autorisation préalable s'applique donc dans le cadre des soins hospitaliers même s'ils sont reçus dans l'Etat d'origine.

Le citoyen doit par conséquent demander l'autorisation préalable à sa caisse de maladie, dans son Etat de résidence qui est la mieux à même d'en vérifier les conditions de délivrance.

– **Arrêt Inizan (2003)**¹¹²

Madame Inizan a demandé à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Hauts-de-Seine à laquelle elle est affiliée une autorisation préalable (E112) pour suivre un traitement contre la douleur dans un hôpital allemand.

La CPAM a refusé de lui délivrer cette autorisation.

Le tribunal français saisi du recours contre cette décision pose à la Cour les questions de savoir si l'article 22 du règlement n°1408/71 est compatible avec les articles 49 et 50 CE sur la libre circulation des services et si, par conséquent, la CPAM a le droit de refuser, suite à l'avis défavorable du médecin conseil, la prise en charge du traitement en Allemagne.

La Cour affirme la compatibilité entre l'autorisation préalable de l'article 22 du règlement 1408/71 et le principe de libre prestation de services des articles 49 et 50 CE.

Elle **maintient** donc **le système dual de remboursement**¹¹³ pour les soins hospitaliers. Ces systèmes sont complémentaires au niveau des soins hospitaliers puisque le droit d'être traité comme les affiliés de l'Etat membre dispensateur des soins (art.21 (1) (c) du règlement) n'est pas toujours au bénéfice de l'assuré (montant remboursable¹¹⁴).

Les articles 49 et 50 du Traité ne s'opposent pas à l'exigence d'une autorisation préalable qui peut être refusée si l'assuré social peut obtenir les soins appropriés à son état sur le territoire de l'Etat membre.

La Cour se penche à nouveau sur la condition du **traitement disponible dans un délai opportun**¹¹⁵.

Pour apprécier si un traitement aussi efficace peut être obtenu dans un délai opportun dans l'Etat de résidence, il faut prendre en considération l'ensemble des circonstances caractérisant chaque cas concret :

1. La situation médicale du patient au moment où l'autorisation est sollicitée et, le cas échéant, le degré de la douleur ou de la nature du handicap de ce dernier, qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle et
2. Ses antécédents.

La Cour exprime les **exigences procédurales** imposées aux Etats membres en matière d'autorisation telles l'accessibilité du système et le traitement de la demande de façon objective et impartiale dans un délai raisonnable qui s'appliquent à l'autorisation préalable de l'article 22 du règlement 1408/71 CEE.

¹¹² CJCE, 23 octobre 2003, *Inizan*, C-56/01.

¹¹³ Cf. Arrêt Kohll & Decker

¹¹⁴ Cf. Arrêt Vanbraekel

¹¹⁵ Art. 22

– Arrêt Leichtle (2004)¹¹⁶

Monsieur Leichtle, fonctionnaire allemand, demande la prise en charge d'une cure thermale en Italie.

En vertu des dispositions législatives allemandes, l'aide à laquelle il a droit comprend les dépenses médicales et les dépenses afférentes à la cure.

La prise en charge de ces frais est subordonnée à une reconnaissance préalable d'éligibilité et à l'inscription de l'établissement sur une liste ad hoc.

Une condition supplémentaire est imposée pour une cure hors d'Allemagne, à savoir, une expertise établissant que la cure envisagée est d'une impérieuse nécessité vu ses chances de réussite beaucoup plus élevées.

La demande de monsieur Leichtle a été rejetée sur base de la dernière condition.

Il a donc introduit un recours contre la décision et a suivi la cure à l'étranger sans attendre le verdict.

La juridiction allemande qui doit juger cette affaire demande à la Cour si la réglementation allemande est contraire à la libre prestation des services médicaux.

La Cour décide que la réglementation allemande applicable aux fonctionnaires régissant la prise en charge des dépenses en raison d'une cure thermale est partiellement contraire à la **libre prestation de services** car la condition selon laquelle les chances de réussite de la cure doivent être plus élevées hors d'Allemagne constitue un obstacle non justifié.¹¹⁷ En effet cette condition a pour effet de dissuader les fonctionnaires de suivre une cure dans un centre à l'étranger et ne peut être justifiée en l'absence de preuve de danger pour l'équilibre financier et la compétence médicale et hospitalière du système des établissements thermaux allemands.

La pratique de la **liste ad hoc** est quant à elle admissible puisqu'elle est applicable tant pour les établissements allemands qu'étrangers si les conditions d'inscription sur cette liste ont un caractère objectif et n'ont pas pour effet de rendre plus difficiles les prestations dans un autre Etat membre.

Si la **décision de refus** d'autorisation est déclarée **non fondée**, l'assuré social a droit au remboursement même s'il n'a pas attendu la fin de la procédure pour suivre le traitement.

¹¹⁶ CJCE, 18 mars 2004, Leichtle, C-8/02.

¹¹⁷ Cf. Communiqué de presse n° 17/04 de la CJCE.

– Arrêt Keller (2005)¹¹⁸

Madame Keller, Allemande résidant en Espagne, effectue un voyage d'un mois en Allemagne pour lequel elle est en possession du formulaire E111. Lors de son séjour, on lui diagnostique une tumeur susceptible d'entraîner à tout moment son décès. Elle demande alors à l'institution compétente espagnole de lui délivrer un formulaire E112 afin de pouvoir continuer à se faire soigner en Allemagne.

Les médecins allemands, après analyse des possibilités thérapeutiques, décident de transférer Madame Keller à la Clinique universitaire de Zurich (Suisse) seule compétente pour pratiquer une intervention nécessaire.

Madame Keller a supporté les coûts des soins reçus en Suisse et en demande le remboursement à la « sécurité sociale » espagnole.

Sa requête est rejetée et la juridiction nationale de recours demande à la CJCE d'interpréter le règlement 1408/71 CEE sur la possibilité d'un remboursement des frais liés à des soins hospitaliers reçus dans un pays tiers.

Les frais médicaux d'une personne munie des formulaires E111 et E112, qui, pour des raisons d'urgence médicale, doit être hospitalisée dans un **Etat tiers**, doivent être pris en charge par l'institution de sécurité sociale de l'Etat membre de séjour, selon les dispositions légales appliquées par celle-ci, pour le compte de l'institution de l'Etat membre d'affiliation.¹¹⁹

Le critère d'applicabilité du règlement 1408/71 CEE est le rattachement de l'assuré concerné à un régime de sécurité sociale d'un Etat membre et PAS LE LIEU de prestation des soins.

Quant à **l'étendue de la « délégation de pouvoir »** donnée par la Sécurité sociale du pays d'origine à celle du pays de séjour¹²⁰, le principe est qu'une fois qu'un Etat membre a autorisé un de ses nationaux à se faire soigner dans un autre Etat, il transfère automatiquement sa liberté et son pouvoir décisionnel à son homologue étranger.¹²¹

C'est la règle de partage de responsabilités qui existe entre l'Etat membre de résidence et celui de séjour et qui est le fondement de la coordination des systèmes de sécurité sociale européens.¹²²

Le pays compétent est :

Lié par les **constatations** de la nécessité de soins urgents à caractère vital effectuées :

- * Pendant la période de validité du formulaire délivré par l'institution compétente,
- * Par des médecins agréés par l'institution de l'Etat membre de séjour ;

Lié par la **décision**¹²³ de transfert vers un hôpital d'un autre Etat :

- * Des médecins agréés,

¹¹⁸ CJCE, 15 avril 2005, *Keller*, C-145/03.

¹¹⁹ Cf. Communiqué de presse n°31/05, CJCE.

¹²⁰ Cf. La semaine juridique, édition générale n°25, 22 juin 2005, p. 1189.

¹²¹ Ch. RONZI, P. SLEGGERS, CMS DeBacker, *L'arrêt Keller : une jurisprudence communautaire de plus en plus protectrice des droits des patients transfrontaliers*.

¹²² Aff. C-145/03, point 50 (CMS DeBacker p.4).

¹²³ « (...) l'institution compétente n'est en droit ni d'exiger le retour de l'intéressé dans l'Etat membre compétent aux fins de l'y soumettre à un contrôle médical, ni de faire contrôler celui-ci dans l'Etat membre de séjour, ni de soumettre les constatations et les décisions susmentionnées à une approbation de sa part. », CJCE, 12 avr. 2005, *Keller*, C-145/03, point 63.

- * Prise pendant la période de validité du formulaire (E111/E112),
- * Fondée sur les constatations (cf. supra) et l'état des connaissances médicales du moment.

« (...) l'institution de l'Etat membre d'affiliation est liée par les évaluations relatives à la nécessité de soins urgents à caractère vital, effectuées par les médecins agréés par l'institution de l'Etat membre de séjour et par la décision de ces médecins de transférer le malade dans un autre Etat enfin que lui soit prodigué le traitement urgent que les médecins de l'Etat membre de séjour ne peuvent pas lui fournir.(...) »¹²⁴

Les soins médicaux prodigués dans un pays tiers à la suite d'une décision de transfert sont :

- * Assumés par l'institution de l'Etat membre de séjour selon sa législation ;
- * Remboursés par l'institution de l'Etat membre d'affiliation (à l'Etat membre de séjour ou à l'assuré directement s'il a assumé les frais alors qu'il était en droit d'obtenir la prise en charge) s'il s'agit de soins figurant parmi les prestations prévues par la législation de cet Etat membre.

Suite à l'erreur administrative du pays de séjour, le patient qui a assumé le paiement des soins dans le pays tiers est en droit de réclamer le remboursement des frais directement à l'organisme compétent de son Etat d'affiliation.

– **Arrêt Watts (2006)**¹²⁵

Madame Watts, assurée sociale du régime britannique, souffre d'arthrite dans les hanches.

Elle introduit une demande d'autorisation de soins à l'étranger auprès de sa caisse de soins primaires (organisme compétent du NHS).

Suite au diagnostic du médecin qui la classe dans la catégorie des « cas de routine », elle se voit opposer un refus et, par conséquent, un délai d'attente d'environ un an.

Réexaminée quelques mois plus tard, une aggravation de son état est constaté et son délai d'attente est réduit à 3 ou 4 mois.

Le refus de soins à l'étranger est réitéré par sa caisse de soins.

Madame Watts se rend néanmoins en France pour se faire poser une prothèse de hanche et acquitte les frais d'hospitalisation.

Elle introduit alors une procédure de recours devant la High Court of Justice pour obtenir remboursement de ses frais médicaux qui lui est refusé.

La juridiction d'appel demande à la CJCE l'interprétation du règlement 1408/71 et des dispositions du traité relatives à la libre prestation des services sur :

- La possibilité pour les résidents britanniques de se faire soigner à l'étranger aux frais du NHS vu sa nature de service national de santé.
- La nature des soins fournis par le NHS. Doivent-ils être considérés comme des prestations de services ?
- Les justifications admises pour une décision de refus d'autorisation de soins à l'étranger.
- Les critères à prendre en compte pour apprécier l'obtention des soins sans « retard indu » et dans un « délai normalement nécessaire ».
- Le mode de calcul et l'étendue du remboursement du coût des soins.

¹²⁴ In CJCE, Communiqué de presse n°31/05, Luxembourg, 12 avril 2005.

¹²⁵ CJCE, 16 mai 2006, *Watts*, C-372/04.

Application du droit communautaire au système public de soins de santé

L'obligation de prendre en charge les soins hospitaliers dispensés dans un autre Etat membre s'applique également à un **service national de santé** qui les dispense gratuitement.

Quel que soit le mode de fonctionnement du système national, la délivrance de soins hospitaliers dans un autre Etat membre relève de la **libre prestation de services**.

Respect du principe de libre prestation de services

L'existence d'une **autorisation préalable** aux soins hospitaliers à l'étranger est un obstacle à la libre prestation de services qui peut être justifié par des raisons impérieuses telles la garantie d'un accès aux soins hospitaliers de qualité ou la maîtrise des coûts. Cette mesure apparaît dès lors nécessaire et raisonnable.

Les conditions d'octroi de l'autorisation doivent être justifiées par ces raisons impérieuses et proportionnelles.

Or, la législation relative au NHS ne précise pas de critères d'octroi ou de refus et les autorités nationales n'ont donc aucun encadrement juridique pour prendre leur décision.

Le délai normalement nécessaire

Les critères à prendre en compte pour l'appréciation du « délai normalement nécessaire » pour l'obtention de l'autorisation¹²⁶ et pour la notion de « retard indu »¹²⁷ sont identiques.

Le refus d'une autorisation ne peut se fonder uniquement sur l'existence de listes d'attente.

Pour pouvoir **refuser** à un patient l'autorisation de se faire traiter à l'étranger sur la base d'un motif tiré de l'existence d'un délai d'attente pour un traitement hospitalier dans l'Etat de résidence, le NHS (National Health Service britannique) doit établir que ce délai n'excède pas le délai acceptable compte tenu d'une évaluation médicale objective des besoins cliniques de l'intéressé au vu de son état pathologique, de ses antécédents, de l'évolution probable de sa maladie, du degré de sa douleur et/ou de la nature de son handicap au moment où l'autorisation est sollicitée¹²⁸.

Le juge national devra donc vérifier que ce délai d'attente n'excède pas ce délai médicalement acceptable. Il doit être apprécié au moment de l'introduction de la demande et de son renouvellement.

Remboursement des soins

Le patient autorisé à se faire soigner dans un autre Etat membre ou qui a reçu un refus d'autorisation non fondé, a droit à la **prise en charge financière de son traitement** selon la législation de l'Etat des soins.

En l'absence d'une prise en charge totale dans l'Etat de traitement, l'Etat compétent doit verser un **complément** d'un montant maximum du coût de prise en charge dans le système national sans excéder le montant facturé.

Les frais de voyage et de transport ne sont pris en charge que dans la mesure où une obligation de prise en charge correspondante existe dans le système national.

¹²⁶ Art. 22 du règlement CE n°1048/71

¹²⁷ Art. 49 CE

¹²⁸ La Cour s'inspire ici de l'art. 20 du règlement CE n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des régimes de sécurité sociale, JO L166, 30/04/2004, p.1.

– Arrêt *Acereda Herrera* (2006)¹²⁹

Monsieur *Acereda Herrera* est un affilié au système national de santé espagnol. Après un séjour en urgence dans un établissement public espagnol, il sollicite une autorisation de soins (E112) pour être traité dans un hôpital en France. Il obtient ce formulaire et se rend en France plusieurs fois dans le cadre de son traitement, accompagné d'un membre de sa famille. Par la suite, il demande le remboursement des frais de voyage, de séjour et de repas occasionnés par ces déplacements. Cette requête est rejetée par l'institution espagnole et le juge de la juridiction d'appel pose alors à la Cour les questions de savoir si¹³⁰ :

- L'autorisation de se faire soigner à l'étranger reçue de l'institution compétente entraîne l'obligation de remboursement pour cette dernière des frais de déplacement, de séjour et de repas sur le territoire de l'Etat membre où est traité l'affilié ;
- La législation nationale qui prévoit une prise en charge de ces frais uniquement dans certaines hypothèses qui ne couvrent pas tous les cas visés par l'article 22 du règlement 1408/71 est contraire au droit communautaire.

L'article 22 du règlement 1408/71 ne confère pas à l'affilié, autorisé à se rendre dans un autre Etat membre pour y recevoir des soins hospitaliers appropriés à son état de santé, un droit au remboursement des frais de déplacement, de séjour et de repas encourus sur le territoire de cet Etat membre par lui-même et son accompagnant.

Par contre, les frais de séjour et de repas, de l'affilié uniquement, dans l'établissement hospitalier sont pris en charge.

Le droit à des prestations complémentaires qui ne concerne que les cas visés à l'article 22, a) du règlement (soins inopinés à l'étranger) dans la réglementation nationale (in casu, l'urgence vitale) est conforme au droit communautaire.

¹²⁹ CJCE, 15 juin 2006, *Acereda Herrera*, C-466/04.

¹³⁰ Une question relative à la discrimination éventuelle entre les assurés espagnols à qui le système national de santé refuse le remboursement de soins fournis, en Espagne, dans des établissements privés alors qu'ils sont autorisés à se rendre à l'étranger pour recevoir des soins est rejetée par la Cour qui l'estime sans rapport avec l'objet du litige au principal.

II. LES ORDRES JURIDIQUES NATIONAUX

A. La Belgique

1. Le système

Le système belge est un système d'assurance maladie obligatoire. Son régime de fourniture des soins repose sur deux modes d'intervention de l'assurance maladie :

- le remboursement (pour les soins ambulatoires) : le patient paie le prestataire et se fait ensuite rembourser, sur base de son attestation de soins, par son organisme assureur ;
- le tiers payant (pour les soins hospitaliers) : l'organisme assureur paie directement le montant correspondant à l'intervention de l'assurance maladie de sorte que le patient ne paie que ce qui reste à sa charge.

Quel que soit le mode de remboursement, le patient intervient financièrement dans le coût des soins (tickets modérateurs forfaitaires / proportionnels, dépassement de tarif ...).

Néanmoins, il existe des mécanismes de discrimination positive (BIM, MàF, DMG, système d'accréditation).¹³¹

Le patient a le libre choix du prestataire pour les soins couverts par l'assurance maladie qui sont répertoriés dans la nomenclature des prestations.

Les médicaments remboursés sont également repris dans une liste similaire.

Deux régimes de sécurité sociale coexistent : le régime général et le régime des indépendants.

Le statut du travailleur indépendant diffère du régime général en ce que :

- * l'assurance obligatoire de sécurité sociale ne prend en charge que les « gros risques »¹³²,
- * pour les autres soins dits « petits risques », en l'absence d'une assurance complémentaire, l'indépendant paie le tarif plein¹³³.

En conséquence, son droit de se faire soigner à l'étranger est subordonné au respect de certaines conditions supplémentaires, par rapport au travailleur salarié.

¹³¹ Cf. Luxlorsan, *Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg*, septembre 2004, p.34.

¹³² AR du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, M.B. 31/12/1997. Les « gros risques » couvrent : les hospitalisations, les interventions chirurgicales, les anesthésies, radiographies, radiothérapies et radiumthérapie, quelques analyses de laboratoire et certains médicaments durant une hospitalisation.

¹³³ Sauf s'il se trouve dans les catégories (« starters » et bénéficiaires de la GRAPA) visées par le nouvel AR du 10 juin 2006 (M.B. 16/16/2006) modifiant l'AR du 29 décembre 1997 cité ci-dessus.

2. Le cadre législatif de la prise en charge des soins en Europe

Législation nationale

La loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994¹³⁴

Son article 136, §1^{er}¹³⁵ est basé sur le principe de la territorialité des prestations (bénéficiaire et prestations en Belgique) ; les exceptions sont limitées et applicables aux seuls assurés du régime belge. Elles peuvent être introduites par :

- * Un arrêté royal ;
- * Une coopération dans les régions frontalières ;
- * Des conventions transfrontalières (entre organismes assureurs et dispensateurs de soins).

L'article 294 §1^{er} de l'arrêté royal portant exécution de la loi du 14 juillet 1994¹³⁶ précise les exceptions prévues par l'article 136 précité :

- * Séjour temporaire ;
 - * Autorisation préalable ;
 - * Détachement ;
 - * Résidents frontaliers ;
 - * Urgences dans les régions frontalières ;
- (...)

Ces exceptions sont posées de manière unilatérale ce qui implique qu'elles adoptent l'angle de vue de la Belgique qui n'est pas toujours adapté à la situation qui s'est créée à l'étranger. « *Ainsi le montant du remboursement prévu par la législation belge ne sera pas nécessairement en corrélation avec l'honoraire réclamé par le prestataire étranger non lié au respect des honoraires négociés au niveau belge.* »¹³⁷

La circulaire OA¹³⁸ n° 2006/117 du 16 mars 2006

Cette circulaire donne des instructions aux organismes assureurs belges (mutualités) et plus spécifiquement à leurs médecins-conseil quant à l'application de l'article 22 du Règlement (CEE) n°1408/71 en tenant compte de la jurisprudence des arrêts Kohll et Decker.

Elle expose la procédure et les conditions de délivrance de l'autorisation préalable avant de préciser les conditions au remboursement de soins ambulatoires reçus

¹³⁴ M.B. 27/08/1994.

¹³⁵ « Sous réserve de l'application de l'ordre juridique international, les prestations prévues par la présente loi coordonnée sont refusées lorsque le bénéficiaire ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge ou lorsque les prestations de santé ont été fournies en dehors du territoire belge.

Elles peuvent toutefois être accordées :

a) dans les conditions déterminées par le **Roi** ;

b) dans les conditions prévues au sein de conventions conclues entre le Comité de l'assurance et le Comité de gestion des indemnités et les organismes compétents étrangers visant à favoriser la libre circulation des assurés dans les **régions frontalières** par la fixation de règles de coopération.

c) dans les conditions prévues au sein de conventions particulières, dont le contenu s'inscrit dans le cadre général des règles fixées par les conventions internationales, conclues entre les personnes visées à l'article 2 i), n), belges et étrangères, pour réaliser un accès simplifié à des prestations **transfrontalières** et qui ont été approuvées par le Comité de l'assurance et/ou le Comité de gestion des indemnités.

Le Roi fixe les règles selon lesquelles les montants qui, en application de l'ordre juridique international, sont à charge de l'assurance, et qui ont trait au budget des moyens financiers attribué aux hôpitaux, défini dans l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, sont fixés, portés en compte, récupérés et comptabilisés. »

¹³⁶ AR du 03/07/1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14/07/1994, M.B. 10/08/1996.

¹³⁷ DE COCK, J. et TEUNKENS, E. ; « Les soins de santé dans la sécurité sociale – Aspects nationaux », in *L'Europe des soins de santé*, Bruxelles, Larcier, 2005, p. 112.

¹³⁸ Organismes assureurs

dans un autre Etat membre. Pour ces derniers, le plafond de 1000 euros de prestations appliqué précédemment est supprimé. Des règles spécifiques de remboursement relatives aux hospitalisations de jour, analyses de laboratoire et spécialités pharmaceutiques sont également précisées.

A l'instar de la législation française, la circulaire liste maintenant une série de prestations qui doivent être considérées comme des soins hospitaliers conformément à la jurisprudence de la CJCE et nécessitent dès lors une autorisation préalable¹³⁹.

La circulaire traite des particularités frontalières propres à la Belgique.

Tout d'abord en ce qui concerne les travailleurs frontaliers assujettis au régime d'assurance maladie belge et les membres de leur famille, la procédure Kohll et Decker ne s'applique pas pour les soins dans l'Etat d'emploi compte tenu de l'existence de conventions bilatérales spécifiques.

Ensuite, il décrit les règles particulières applicables à la population frontalière. En effet, un formulaire E112 administratif (c'est-à-dire sans aucun contrôle médical) est délivré à leur demande aux habitants de la zone frontalière large de 15 kilomètres qui se font hospitaliser à une distance maximale de 25 kilomètres de la frontière.¹⁴⁰

Conventions bilatérales

- Les conventions bilatérales de sécurité sociale conclues avec les pays voisins, même si elles n'ont pas été dénoncées, **ne sont plus appliquées**¹⁴¹ telles que puisque le droit européen apporte une plus grande protection.
- Cependant, en ce qui concerne les travailleurs frontaliers, la nouvelle **convention belgo-luxembourgeoise sur la sécurité sociale des travailleurs frontaliers de 1994**¹⁴² reste d'application dans la mesure où elle est plus favorable que le règlement 1408/71 CEE. Elle s'applique aux travailleurs frontaliers et aux anciens travailleurs frontaliers¹⁴³, leurs personnes à charges et leurs survivants qui résident sur le territoire belge ou luxembourgeois.

La précédente convention¹⁴⁴ permettait au travailleur frontalier qui résidait en Belgique de se faire soigner soit au Luxembourg, soit en Belgique et d'être remboursé par le Grand-Duché selon les tarifs de ce dernier.

Depuis 1995, les bénéficiaires de cette convention peuvent toujours se faire soigner de part et d'autre de la frontière grâce à un formulaire d'ouverture de droit mais le mécanisme de calcul du remboursement est modifié. En effet, ceux résidant en Belgique reçoivent un complément au remboursement belge à charge du Grand-Duché de Luxembourg destiné à leur garantir un taux moyen global de remboursement équivalent à celui des assurés résidant luxembourgeois.

¹³⁹ Cf. annexe de la Circulaire OA n° 2006/117 ; exemples : examen PET Scan, dialyse, hospitalisation de jour chirurgicale...

¹⁴⁰ Cf. *infra* : Partie II, Les soins programmés, L'extension du champ d'application territorial d'un pays

¹⁴¹ Excepté la convention passée avec le Grand-Duché de Luxembourg concernant les travailleurs frontaliers.

¹⁴² Convention signée à Arlon le 24/03/1994 ; approuvée par la loi du 8 avril 1995, M.B. 07/06/1995.

¹⁴³ Un « ancien travailleur frontalier » est une personne qui avait, avant la prise de cours de la pension, comme dernière qualité de travailleur actif, la qualité de travailleur frontalier.

¹⁴⁴ Convention du 16 novembre 1959 entre le Royaume de Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg concernant la sécurité sociale des travailleurs frontaliers, M.B. 27/10/1961.

Dans le cadre de soins hospitaliers reçus en Belgique, le taux de remboursement belge est parfois supérieur à celui du Luxembourg. Le patient est bien entendu remboursé selon le tarif belge mais le Grand-Duché enregistre ce remboursement sur le “compte complément” par un montant négatif (différence entre le tarif de remboursement belge et luxembourgeois). Les interventions ultérieures de l’assurance maladie luxembourgeoise sont alors réduites d’un montant équivalent au compte négatif du patient.

B. La France

1. Le système

L’Ordonnance du 4 octobre 1945 est à l’origine de la création de la sécurité sociale française. Reposant sur un principe de solidarité nationale, l’affiliation à un régime de sécurité sociale est obligatoire¹⁴⁵.

Ainsi, toute personne qui travaille et réside en France est obligatoirement affiliée à l’un des régimes suivants :

- régime général pour les salariés ;
- régimes des non-salariés ;
- régimes spéciaux (SNCF, mines...).

Le droit aux prestations en nature de l’assurance maladie et maternité est ouvert à :

- l’assuré ;
- son conjoint ou concubin lorsque celui-ci ne peut être affilié à titre personnel ;
- les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint, concubin, pacsé¹⁴⁶ jusqu’à 20 ans maximum ;
- toute personne à sa charge effective et permanente ne bénéficiant pas d’un régime de protection sociale.

Des règles particulières sont prévues pour les chômeurs, retraités, étudiants, personnes divorcées ou veuves d’un assuré social.

Les personnes ne remplissant pas les conditions d’affiliation à un régime mais résidant en France depuis au moins trois mois en situation régulière, bénéficient de la Couverture Maladie Universelle (CMU)¹⁴⁷, c’est-à-dire d’un droit immédiat à l’Assurance Maladie.

Chacun peut bénéficier d’une couverture complémentaire en contractant auprès d’une entreprise d’assurance, d’une mutuelle ou d’une institution de prévoyance¹⁴⁸.

L’Assurance Maladie prend en charge principalement :

- les frais de médecine générale et spéciale,
- les frais de soins et de prothèses dentaires,
- les frais pharmaceutiques et d’appareillage,
- les frais d’analyse et de laboratoire,

¹⁴⁵ La loi n°2004-810 du 13 août 2004 réaffirme ce principe dans son article 1^{er} : « la Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l’Assurance Maladie ».

¹⁴⁶ Loi 99-944 du 15 novembre 1999 : art 515-1 du Code Civil : « Le Pacte Civil de Solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexes différents ou de même sexe, pour organiser leur vie commune ».

¹⁴⁷ Loi 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle.

¹⁴⁸ Il est possible d’obtenir une couverture complémentaire auprès d’organismes assureurs établis dans un autre Etat Membre de l’Union européenne.

- les frais d'hospitalisation et de traitement lourd dans les établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle.

Deux conditions sont nécessaires à la prise en charge par l'Assurance Maladie :

- les soins doivent être dispensés par un établissement public ou privé, ou par un praticien ou personnel paramédical dûment habilité à exercer,
- et figurer dans la nomenclature des actes professionnels ou sur la liste des médicaments et produits remboursables.

L'Assurance Maladie intervient sur base de tarifs fixés par convention, ou à défaut, sur base de tarifs d'autorité. Tout dépassement des plafonds fixés est à la charge de l'assuré ou de son organisme de protection complémentaire.

Une participation (ticket modérateur) est laissée à la charge de l'assuré. Cette participation est forfaitaire ou proportionnelle et varie selon les catégories de prestations. Elle est cependant limitée ou supprimée pour les soins les plus coûteux¹⁴⁹ ou lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une affection nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulière¹⁵⁰.

En principe, l'assuré est tenu de faire l'avance des frais, mais il existe de nombreuses conventions de tiers payant prévoyant le paiement direct de la caisse d'Assurance Maladie au prestataire de soins.

Concernant le régime de fourniture des soins, l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, issu de la loi du 13 août 2004¹⁵¹, a institué le parcours de soins coordonné.

Chaque assuré de plus de 16 ans doit s'inscrire auprès d'un médecin traitant de son choix afin d'être suivi sur le plan médical en premier lieu par ce professionnel et éventuellement orienté vers d'autres médecins en cas de nécessité.

Le non-respect de ce dispositif, soit parce que l'assuré n'a pas désigné son médecin traitant ou qu'il consulte un autre praticien sans orientation préalable de son médecin traitant, entraîne un moindre remboursement des frais pris en charge par l'Assurance Maladie et éventuellement une majoration des honoraires du spécialiste consulté hors parcours de soins¹⁵².

Ces dispositions ne sont pas applicables lorsque la consultation d'un autre médecin que le médecin traitant se fait en cas d'urgence ou en dehors du lieu de résidence stable et durable de l'assuré.

De même, l'assuré est en droit de consulter directement un médecin gynécologue, un ophtalmologue ou un psychiatre.

¹⁴⁹ Personnes hospitalisées pour une affection imputable à un accident de travail ou une maladie professionnelle, frais de dépistage, soins aux nouveaux nés, etc

¹⁵⁰ Assurés atteints d'une affection de longue durée, femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse, etc.

¹⁵¹ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie.

¹⁵² Les pénalisations prévues en cas de non respect du parcours de soins coordonné ne sont pas prises en charge par les organismes complémentaires d'Assurance Maladie.

2. Le cadre législatif de la prise en charge des soins en Europe

La circulaire DSS/DACI/2005/275 du 27 mai 2005 relative aux conditions d'inscription dans le parcours de soins des assurés d'un régime étranger recevant des soins en France et des assurés d'un régime français recevant des soins à l'étranger

Cette circulaire a pour objectif de déterminer les modalités d'application du parcours de soins coordonné aux assurés d'un régime français recevant des soins à l'étranger et aux assurés d'un régime étranger recevant des soins en France.

Les praticiens étrangers des zones frontalières françaises sont intégrés dans le parcours de soins coordonné en ce qu'ils sont considérés comme se situant dans le périmètre du lieu de résidence stable et durable de l'assuré français.

En conséquence, le patient français se doit de consulter son médecin traitant avant toute autre consultation d'un spécialiste proche de l'autre côté de la frontière afin d'obtenir un plein remboursement de l'Assurance Maladie française.

Un médecin étranger peut toutefois être choisi comme médecin traitant par l'assuré. Un conventionnement spécifique permettant de l'intégrer dans le parcours de soins est en cours d'élaboration par la CNAMTS¹⁵³.

Le décret n°2005-386 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale¹⁵⁴ et la circulaire du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille du 19 mai 2005 y afférente¹⁵⁵

Ces textes mettent en conformité le cadre législatif français à la jurisprudence communautaire et simplifie les conditions de prise en charge.

Ils permettent le remboursement, sans autorisation préalable de l'Assurance Maladie, des soins ambulatoires reçus dans un Etat membre de l'Union européenne, dans les mêmes conditions de prise en charge que sur le territoire français (nouvel art R 332-3 du Code de la Sécurité Sociale).

Les soins hospitaliers programmés dans un Etat membre de l'Union européenne restent quant à eux soumis à autorisation préalable des organismes d'assurance maladie, de même que le recours à des équipements lourds.

Il est toutefois prévu que des conventions puissent être passées entre les organismes de sécurité sociale et les établissements de soins de l'autre côté de la frontière afin de prévoir les conditions de séjour des assurés sociaux qui ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état. Les assurés qui bénéficient de ces conventions sont alors dispensés d'obtenir une autorisation préalable.¹⁵⁶

¹⁵³ Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

¹⁵⁴ Décret n° 2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale, JO du 27 avril 2005.

¹⁵⁵ Circulaire DSS/DACI/2005/235 du 19 mai 2005 relative aux modalités de mise en œuvre du décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France.

¹⁵⁶ Des conventions de prise en charge des personnes handicapées françaises dans les établissements belges sont négociées dans ce cadre.

III. LA COOPERATION TRANSFRONTALIERE

Les instruments juridiques qui permettent une coopération transfrontalière dans le domaine de la santé sont restreints. Les réalisations mises en place actuellement le sont bien souvent par des mécanismes ad hoc qui ne sont pas toujours pérennes et visent à répondre à un manque de services ou d'infrastructures d'un côté de la frontière¹⁵⁷.

A. Le Groupement Européen d'Intérêt Économique (GEIE)

Cette entité juridique fondée sur le droit européen a pour but de faciliter et d'encourager la coopération transfrontalière.

Créé par le Règlement (CEE) n°2137/85 du Conseil¹⁵⁸ qui édicte ses règles de création et de fonctionnement, le groupement a pour objectif de faciliter ou de développer les activités économiques de ses membres par la mise en commun de ressources, d'activités et de compétences. Il n'a pas pour but de réaliser des bénéfices pour lui-même et s'il en génère, ceux-ci sont répartis entre les membres.

La caractéristique première de cette structure juridique est qu'elle doit compter au moins deux membres relevant d'États membres différents. Ces membres peuvent aussi bien être des personnes physiques que des sociétés ou d'autres entités juridiques de droit privé ou de droit public.

Un contrat de GEIE déposé auprès d'un registre dans l'Etat membre du siège du groupement entraîne une immatriculation qui lui donne la capacité juridique dans toute la Communauté. Sa structure juridique est simple et sa souplesse permet à ses membres, tout en regroupant une partie de leurs activités, de conserver leur autonomie juridique et économique.

Seul véhicule offrant un cadre de coopération directement attaché à l'ordre juridique communautaire, la Commission a tenu à encourager son utilisation par la rédaction d'une communication¹⁵⁹ en 1997.

Un GEIE ne permet cependant pas en tant que tel la conclusion de convention de coopération interhospitalière par exemple puisqu'il n'en n'a pas la compétence selon le droit interne des Etats. Il peut toutefois jouer le rôle de facilitateur et d'intermédiaire pour faire naître un tel accord.

A titre illustratif, notons que les partenaires de Luxlorsan ont choisi cette structure pour répondre à l'appel à projet lancé dans le cadre du programme Interreg III. L'OFBS est lui aussi un GEIE.

¹⁵⁷ Cf. *infra* : Partie II, Coopération transfrontalière

¹⁵⁸ Règlement (CEE) n°2137/85 du Conseil du 25 juillet 1985 relatif à l'institution d'un groupement européen d'intérêt économique (GEIE), JOCE L199 du 31/07/1985.

¹⁵⁹ Communication de la Commission, Participation des groupements européens d'intérêt économique (GEIE) aux marchés publics et à des programmes financés par des fonds publics, JO C 285 du 20/09/1997.

B. L'accord-cadre franco belge de coopération sanitaire et son arrangement administratif

Signé le 30 septembre 2005, à Mouscron par les ministres de la Santé français et belge, cet accord¹⁶⁰ pose un cadre légal à la coopération sanitaire entre les deux pays et décentralise la prise de décision. Ce traité fait suite à l'accord entre France et la Belgique sur la coopération transfrontalière entre collectivités territoriales et organismes publics locaux¹⁶¹.

Ce texte, accompagné de son arrangement administratif, permettra¹⁶² de formaliser les projets de coopération existants et de les développer.

Les objectifs de la définition de ce cadre juridique posés dans l'article 1^{er} sont :

- D'assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière ;
- De garantir une continuité des soins à ces mêmes populations ;
- D'optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels ;
- De favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques.

Pour ce faire, le texte définit le champ d'application territorial et personnel ainsi que les autorités compétentes pour la mise en œuvre de l'accord. Le sort des coopérations déjà en place y est aussi précisé en sus des modalités possibles de prise en charge par la sécurité sociale.

Le champ d'application (Art. 2)

Au niveau territorial, l'accord s'applique aux zones frontalières définies par région en France (Champagne-Ardenne, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais et Picardie) et par arrondissement en Belgique (Veurne, Ieper, Kortrijk, Mouscron, Tournai, Ath, Mons, Thuin, Philippeville, Dinant, Neufchâteau, Virton et Arlon).

Quant au champ d'application personnel, il couvre toute personne pouvant bénéficier de l'assurance maladie en France ou en Belgique et qui réside ou séjourne temporairement dans la zone frontalière définie.

Les conventions de coopération sanitaire (Art. 3)

Les autorités compétentes pour conclure, dans leur domaine de compétence, des conventions de coopération sont définies par chaque pays et figure dans l'arrangement administratif¹⁶³.

Pour la France, il s'agit des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des Unions régionales des Caisses d'assurance maladie (URCAM).

En Belgique, l'Institut National d'Assurance Maladie-invalidité (INAMI), les organismes assureurs (les mutuelles et la CAAMI) et les dispensateurs de soins¹⁶⁴ sont habilités à conclure les conventions.

¹⁶⁰ Le texte est disponible sur le site Internet de Luxlorsan via le portail www.santetransfrontaliere.org

¹⁶¹ Fait à Bruxelles le 16 septembre 2002.

¹⁶² Il entrera en vigueur après sa ratification par les Parlements belge et français.

¹⁶³ Art. 1^{er} de l'Arrangement administratif général relatif aux modalités d'application de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique relatif à la coopération sanitaire transfrontalière signé le 30 septembre 2005 à Mouscron, Belgique.

Les conventions peuvent prévoir tant des complémentarités entre structures et ressources sanitaires existantes que la création d'organismes de coopération ou de structures communes. Elles détaillent les conditions et modalités d'intervention des différents acteurs et de prise en charge des patients.

En ce qui concerne les conventions existantes, elles devront être mises en conformité avec les dispositions du nouveau texte au plus tard un an après son entrée en vigueur sous peine de perdre leurs effets¹⁶⁵.

La prise en charge par un régime de sécurité sociale (Art. 5)

Trois types de prise en charge sont envisagés dans l'accord-cadre et son arrangement administratif :

1. Selon la voie du Règlement CE 1408/71, c'est-à-dire avec un document d'ouverture des droits (délivré automatiquement) et selon le tarif du lieu des soins ;
2. Selon la procédure introduite par la jurisprudence « Kohll et Decker » c'est-à-dire au tarif de l'Etat d'affiliation ;
3. Selon une prise en charge directe par l'institution compétente à un tarif négocié.

La responsabilité (Art. 6) et le suivi (Art. 7)

En terme de responsabilité médicale, c'est le droit du territoire où sont prodigués les soins qui s'applique. De plus, les prestataires de soins sont dans l'obligation de contracter une assurance en responsabilité civile dans le cadre de leur exercice.

Une fois par an, une commission mixte composée de représentants des deux Etats se réunit afin de suivre l'application de l'accord. Elle est également compétente pour interpréter le texte.

C. L'accord-cadre franco allemand sur la coopération sanitaire transfrontalière¹⁶⁶

A l'instar de l'accord franco belge, cette convention signée entre la France et l'Allemagne vise à favoriser la mobilité transfrontalière dans le domaine de la santé.

Elle diffère néanmoins par certains aspects tel l'objectif de garantir le recours le plus rapide aux moyens de secours d'urgence¹⁶⁷ et donc par des dispositions relatives à cet objectif spécifique absent de l'accord-cadre franco belge.

Il s'agit de permettre aux bénéficiaires de l'assurance maladie française ou allemande, résidant habituellement ou séjournant temporairement dans les régions frontalières citées dans le texte, d'avoir accès à des soins de l'autre côté de la frontière, qu'il s'agisse de secours d'urgence, de soins programmés ou de soins liés à une pathologie chronique.

L'accord offre également un cadre légal pour la conclusion, au niveau local, de conventions de coopération et permet aux professionnels de santé de chaque État d'intervenir temporairement dans l'autre État.

¹⁶⁴ Par dispensateurs de soins on entend : les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions (cf. art. 2, n) Loi du 14 juillet 1994, M.B. 27/08/1994).

¹⁶⁵ Art. 4 de l'Arrangement administratif.

¹⁶⁶ Signé le 22 juillet 2005 à Weil am Rhein

¹⁶⁷ Art. 1er

L'accord s'appliquera¹⁶⁸ dans la zone frontalière qui couvre, en France, les régions Alsace et Lorraine et, en Allemagne, les Länder de Bade-Wurtemberg, Rhénanie-Palatinat et Sarre.

Les institutions compétentes pour la conclusion des conventions de coopérations sont¹⁶⁹, pour la France, identiques à celles de l'accord-cadre franco belge¹⁷⁰.

En Allemagne, il s'agit, au niveau fédéral, dans le cadre de leurs compétences, des collectivités autonomes soumises à la surveillance juridique de l'Institut fédéral des assurances¹⁷¹ et au niveau des Länder, des Ministères¹⁷², des autorités qui leur sont subordonnées, des collectivités autonomes placées sous leur surveillance juridique, des autres établissements et des services de santé.

Les possibilités de prise en charge par les régimes de sécurité sociale sont identiques à celles de l'accord franco belge.¹⁷³

D. L'accord-cadre belgo britannique du 3 février 2003

Cet accord trouve son origine dans la problématique des listes d'attente à laquelle le Royaume-Uni doit faire face et dans la jurisprudence de la Cour de Justice qui rend impossible le refus d'autorisation préalable de soins à l'étranger quand ces soins ne peuvent être obtenus en temps opportun sur le territoire de l'Etat compétent.

En effet, les autorités anglaises ont alors pris contact avec leurs homologues belges afin de pouvoir faire appel à des prestataires en Belgique.

La convention pose certains principes : l'utilisation des capacités excédentaires uniquement, les patients anglais ne peuvent être prioritaires par rapport aux patients belges, les tarifs facturés sont les mêmes que ceux appliqués aux Belges et les soins sont prestés dans le respect des conditions légales du système de santé belge.

Le mécanisme fonctionne par le biais de contrats d'achat de soins aux institutions hospitalières qui sont soumis aux instances belges.

¹⁶⁸ L'accord n'entrera en vigueur qu'après ratification par les instances législatives compétentes des deux pays.

¹⁶⁹ Art. 1^{er} de l'Arrangement administratif

¹⁷⁰ DRASS, DDASS, ARH et URCAM.

¹⁷¹ Il s'agit en fait de caisses d'assurance maladie.

¹⁷² Il s'agit, pour la Sarre, du Ministère de la Justice, de la Santé et des Affaires sociales et du Ministère de l'Intérieur, de la Famille, de la Condition féminine et du Sport.

¹⁷³ Art. 4 de l'Arrangement administratif

PARTIE II : LES PROCEDURES A APPLIQUER

PARTIE II : LES PROCEDURES A APPLIQUER

Cette seconde partie expose les différentes procédures applicables selon le cas de figure dans lequel se trouve le patient. En effet, les démarches à accomplir et les droits ouverts peuvent différer selon que les soins sont dispensés lors d'un séjour temporaire à l'étranger ou s'ils sont programmés ou encore pour les travailleurs frontaliers ou les « résidents ».

I. Séjour temporaire : Conditions de prise en charge par la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)

La carte européenne d'assurance maladie (CEAM)¹⁷⁴ est un document d'ouverture de droit qui atteste de l'accord de l'organisme d'affiliation du patient de prendre en charge le coût des soins reçus lors d'un séjour temporaire dans un Etat membre de l'Union européenne, dans l'Espace Economique Européen (EEE)¹⁷⁵ ou en Suisse.

Elle remplace les formulaires :

- E111 et E111B (touristes)
- E110 (transporteurs internationaux)
- E119 (chômeurs en recherche de travail dans un autre Etat membre)
- E128 (travailleurs détachés et étudiants)

A. Délivrance et durée de validité

La carte est délivrée soit par l'institution de l'Etat compétent, soit par celle du pays de résidence¹⁷⁶.

Elle atteste la qualité d'assuré de la personne. Cette carte est personnelle et doit par conséquent être délivrée à chaque membre de la famille, y compris aux enfants de moins de 16 ans.

Grâce à l'obtention de cette carte, la personne est traitée comme si elle était un assuré de l'Etat membre de séjour et a droit aux soins que son état de santé nécessite en fonction du traitement et de la durée prévisible de son séjour temporaire. Les conditions et les tarifs du régime légal de sécurité sociale du pays de séjour s'appliquent.

Si, lors de son séjour à l'étranger, un patient n'est pas en possession de sa CEAM, un **certificat provisoire de remplacement** peut être délivré à sa demande, par son organisme d'affiliation, pour remplacer provisoirement la carte européenne. Ce certificat peut être délivré par fax ou par courrier électronique.

La CEAM a une **durée de validité** plus longue que l'ancien formulaire qui diffère selon le pays d'émission.

¹⁷⁴ Le site de la DG Emploi, Affaires sociales et Egalité des chances y consacre une rubrique : http://europa.eu.int/comm/employment_social/healthcard/news_fr.htm

¹⁷⁵ L'EEE regroupe les 25 pays de l'UE plus la Norvège, l'Islande et le Liechtenstein.

¹⁷⁶ Cf. *infra* : Soins dans l'Etat de résidence

Durée de validité :

<u>Document</u>	<u>Belgique</u>	<u>France</u>
CEAM	Maximum 2 ans à compter de la date d'émission	1 an
Certificat provisoire de remplacement	Durée du séjour temporaire	3 mois

B. Soins couverts

Les **soins couverts** par la CEAM sont définis à l'article 22, §1, a) du règlement (CEE) n° 1408/71¹⁷⁷ : il s'agit de prestations en nature « *nécessaires du point de vue médical au cours d'un séjour sur le territoire d'un autre Etat membre, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour* ».

La CASSTM¹⁷⁸ a défini la notion de **soins nécessaires** comme « *tout traitement qui évite à un assuré de rentrer chez lui pour se faire soigner et lui permet de terminer son séjour temporaire dans des conditions médicalement sûres* »¹⁷⁹.

La CEAM concerne uniquement les soins qui doivent être délivrés immédiatement pour éviter que le patient n'ait à rentrer prématurément dans son pays d'origine.

Par contre, **ne sont pas couverts** les traitements que les personnes sont allées expressément chercher dans un autre État membre que celui où elles sont assurées. Autrement dit, la CEAM ne couvre pas le cas d'un déplacement intentionnel d'un assuré pour recevoir des soins programmés sur le territoire d'un autre Etat.

De même, la CEAM ne prend pas en charge certains soins qui peuvent attendre que la personne assurée rentre chez elle (c'est le cas de la plupart des traitements dentaires par exemple).

En outre, certains traitements s'étalent dans le temps et nécessitent un suivi qui n'est pas compatible avec la durée temporaire du séjour de la personne concernée. Dans ce cas, passés les traitements « conservatoires » ou de première ligne, d'une manière générale, il est préférable que la personne puisse entamer les examens complémentaires ou certains traitements dans l'État où elle habite et soit prise en charge par son médecin habituel.

La carte couvre donc, sans demande d'autorisation, aussi bien les soins hospitaliers que les soins ambulatoires, à partir du moment où la condition de « soins nécessaires » est remplie.

Une exception existe pour le patient dont l'état nécessite un traitement médical vital accessible au sein d'unités médicales spécialisées et équipées du matériel et/ou du personnel adéquat. En effet, dans ce cas de figure, pour assurer le meilleur déroulement possible de son séjour à l'étranger, une démarche préalable est requise. Il s'agit d'un accord de l'unité médicale concernée du pays visité sur la disponibilité du traitement à la date du séjour. Ces traitements sont, par exemple, la dialyse rénale et l'oxygénothérapie.

¹⁷⁷ Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, JOCE L 28, 05/07/1971 modifié par le Règlement 631/2004, JOCE L 100, 06/04/2004.

¹⁷⁸ Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants

¹⁷⁹ Décision n° 194 du 17 décembre 2003

Particularité du système belge

Pour les assurés du système belge, un bémol est à apporter pour les travailleurs indépendants.

La CEAM des indépendants du régime belge porte l'indication E111B qui indique que les assurés indépendants du régime non salariés ont seulement droit aux prestations auxquelles leur statut leur permet de prétendre en Belgique.

Ils ne pourront bénéficier de la procédure de la CEAM que pour les « gros risques »¹⁸⁰. S'ils bénéficient d'une couverture plus large, la prise en charge se fera par un remboursement à leur retour en Belgique.

Cependant, depuis le 1^{er} juillet 2006, la couverture des indépendants est alignée sur celles des travailleurs salariés pour les « nouveaux indépendants » ainsi que pour les « retraités du régime indépendant à faibles revenus » (bénéficiaires de la GRAPA¹⁸¹)¹⁸².

C. Procédure de remboursement

Le remboursement se fait conformément aux dispositions légales du pays de séjour. L'assuré est considéré comme un affilié de l'Etat de séjour et a donc accès aux soins disponibles dans ce dernier selon les tarifs qui y sont pratiqués.

Par conséquent, le patient doit se rendre chez un prestataire de soins couvert par le régime d'assurance maladie statutaire de l'Etat de séjour. Dès lors, il convient pour l'assuré d'être particulièrement prudent s'il s'adresse à un médecin ou un établissement privé car, selon le système national du pays de séjour, il ne pourra pas nécessairement faire usage de sa CEAM.

La procédure à suivre dans le pays de soins peut être de deux types.

Le patient présente sa carte :

- * Soit au dispensateur de soins en cas de possibilité d'application d'un régime de tiers payant (coût pris en charge immédiatement par l'assurance maladie) ou assimilé ;
- * Soit à la caisse de maladie du lieu de séjour avec les documents de soins pour l'obtention du remboursement sur place.

Si un assuré paye ses soins sans présenter sa CEAM, il peut, à son retour, présenter une demande de remboursement à son institution d'affiliation. Cette procédure de rattrapage, permettra au patient d'obtenir un remboursement sur base des tarifs du pays de soins, dans la limite des tarifs de l'Etat d'affiliation.

La pratique belge

En Belgique, deux voies de remboursement a posteriori sont ouvertes à l'assuré. En effet, selon sa volonté, la prise en charge peut se faire sur base :

- D'une tarification demandée au pays de soins à l'aide du formulaire E126 ;
- Forfaitaire qui applique un pourcentage de remboursement de la facture fixé pour chaque pays¹⁸³. Un plafond de 1000 euros est appliqué sauf pour le cas de soins reçus au cours d'un séjour en Espagne.

¹⁸⁰ Les « gros risques » couvrent : les hospitalisations, les interventions chirurgicales, les anesthésies, radiographies, radiothérapies et radiumthérapies, quelques analyses de laboratoires et certains médicaments durant une hospitalisation.

¹⁸¹ Garantie de Revenus Aux Personnes Agées

¹⁸² AR du 10 juin 2006, M.B. 16/16/2006.

¹⁸³ Basé sur l'art. 34 §4 du règlement (CEE) N° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71, JOCE 1972, L 74.

II. Soins programmés

A. La voie du Règlement européen n°1408/71 : le formulaire E112

L'article 22, 1., c) du règlement¹⁸⁴ permet à une institution d'assurance maladie d'autoriser son assuré à se rendre dans un autre Etat membre pour y recevoir des soins appropriés à son état. Ces soins sont alors pris en charge par l'institution d'affiliation.

Le formulaire d'ouverture de droits émis est le E112. Il définit la nature du traitement autorisé et désigne un établissement de soins étranger. En conséquence, il lie l'établissement de séjour quant aux choix thérapeutiques indiqués sur le formulaire, sauf dans le cas où un autre traitement s'avérerait nécessaire.

Délivrance

La délivrance de cette autorisation est laissée à la discrétion de l'Etat compétent par l'intermédiaire du médecin conseil de la caisse d'assurance maladie dont dépend le patient. Cependant, dans les cas où les deux conditions suivantes sont réunies, le E112 doit être accordé :

- * Les soins concernés figurent dans les prestations remboursées dans le pays compétent

ET

- * Ces soins ne peuvent être fournis dans un délai normalement nécessaire par l'Etat Membre compétent, compte tenu de l'état actuel de santé de l'assuré et de l'évolution probable de sa maladie.

Ces deux conditions sont cumulatives. Cependant, l'Etat compétent conserve un certain pouvoir discrétionnaire quant à la délivrance de cette autorisation. Il peut notamment refuser de l'accorder si les soins sont disponibles sur le territoire national, même à moyen terme.

La Cour de justice des Communautés européennes règle cependant les conditions d'octroi de cette autorisation¹⁸⁵ :

- Le régime d'autorisation doit être fondé sur des critères objectifs, non discriminatoires et connus à l'avance, de manière à encadrer l'exercice du pouvoir d'appréciation des autorités nationales afin que celui-ci ne soit pas exercé de manière arbitraire ;
- La décision du contrôle médical doit être notifiée dans un délai raisonnable ;
- D'éventuels refus doivent pouvoir être contestés devant une juridiction.¹⁸⁶

En Belgique, l'autorisation accordée par les organismes assureurs aux **femmes enceintes** qui souhaitent accoucher, pour des raisons personnelles, dans un autre Etat Membre que leur Etat compétent est de nature administrative¹⁸⁷.

Soins couverts

L'autorisation préalable de l'organisme assureur couvre tous les types de soins (hospitaliers et ambulatoires¹⁸⁸).

¹⁸⁴ Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, modifié par le Règlement 631/2004.

¹⁸⁵ CJCE, 23 octobre 2003, *Patricia INIZAN/CPAM Hauts de Seine*, C-56/01.

¹⁸⁶ Ces dispositions sont reprises en France par l'article R 332-4 du Code de la Sécurité Sociale

¹⁸⁷ Point III de la Circulaire O.A. 97/156 de l'INAMI.

¹⁸⁸ Pour la Belgique, les restrictions liées au statut de travailleur indépendant demeurent. *Cf. supra.*

Le patient en possession de cette autorisation est considéré comme un affilié du pays de soins. Il a en conséquence accès à tous les soins offerts dans le pays d'accueil et dans les mêmes conditions que les assurés de cet Etat.

En conséquence, les tarifs de ce pays lui sont appliqués ; peu importe la prise en charge en vigueur dans son Etat compétent, ce qui signifie que le patient bénéficie du niveau de prise en charge du pays d'accueil.

Il a droit à des soins gratuits si de tels soins sont délivrés dans le pays d'accueil et à l'ensemble des prestations prises en charge dans ce pays, quand bien même ces prestations ne seraient pas incluses dans le paquet de soins du pays compétent¹⁸⁹.

Procédure de remboursement

Selon le système en application dans le pays de soins, le coût est soit pris en charge immédiatement (mécanisme du tiers payant), soit a posteriori (mécanisme de remboursement). L'assuré doit dans ce cas remplir les formalités nécessaires à ce remboursement **sur place**.

Dans le cadre de soins programmés, aucun remboursement ne peut être effectué au patient à son retour dans le pays compétent, sauf s'il s'agit de soins particuliers. Autrement dit, **en l'absence d'autorisation préalable**, il est impossible pour l'assuré d'obtenir le remboursement a posteriori auprès de son institution compétente. Peu importe s'il rentrait ou non dans les conditions d'octroi du formulaire.

Toutefois, si les soins prestés sont des soins ambulatoires, une seconde solution de prise en charge existe : il s'agit de la procédure « Kohll et Decker » détaillée ci-dessous.

¹⁸⁹ Exemple : soins dentaires non remboursés aux Pays-Bas.

B. La voie ouverte par la jurisprudence Kohll et Decker

Les arrêts Kohll et Decker¹⁹⁰ et suivants rendus par la Cour de Justice soumettent désormais les soins de santé aux règles de libre circulation des biens et des services énoncées dans le Traité¹⁹¹ et ce, indépendamment de la manière dont les systèmes de sécurité sociale sont organisés. Ainsi, tous les citoyens bénéficient de la libre prestation de services en matière de soins de santé.

En effet, l'autorisation médicale préalable (formulaire E112) est considérée par la Cour comme une entrave à ces principes et ne peut être justifiée que par des motifs d'intérêt général tenant à la santé publique ou à la sauvegarde de l'équilibre financier de la sécurité sociale du pays.

L'autorisation médicale préalable n'est désormais plus nécessaire à l'accès aux **soins ambulatoires** mais celle-ci est maintenue pour les soins hospitaliers pour lesquels il est nécessaire de préserver l'organisation du système sanitaire du pays compétent.

Ainsi, les patients sont en droit d'obtenir le remboursement des prestations ambulatoires délivrées à l'étranger sans autorisation médicale préalable comme si elles avaient été délivrées dans le pays d'affiliation : la prise en charge des soins ne s'effectue que sur base des prestations reprises dans le « panier de soins » du pays compétent et selon ses propres tarifs.

La seule limite est donc celle posée par la couverture garantie par le régime d'Assurance Maladie de l'Etat d'affiliation, c'est-à-dire les limites des prestations remboursables ou des plafonds de remboursement.

Pour les assurés sociaux français, ceux-ci sont obligés de respecter les formalités imposées par le parcours de soins coordonné, à savoir la consultation du médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste¹⁹².

L'assuré doit faire l'avance des frais et ne pourra se faire rembourser qu'a posteriori, de retour dans son Etat compétent.

La prise en charge ne pourra jamais être supérieure aux dépenses engagées.

Des dispositions encadrent l'application de cette jurisprudence au niveau national :

1. En France

La France a publié, en 2005, un décret¹⁹³ relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France. Ce texte est complété par une circulaire¹⁹⁴ de mise en œuvre.

Le décret pose notamment le principe du remboursement, par les organismes d'assurance maladie français des dépenses de soins exposées par leurs bénéficiaires dans un autre pays de l'UE ou de l'EEE, hors cas des soins inopinés¹⁹⁵.

¹⁹⁰ C-158/96, C-120/95 : pour un développement des faits, *Cf. Supra*, La jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes.

¹⁹¹ Art. 49 et 50 CE

¹⁹² *Cf. supra* : Partie I, Les ordres juridiques nationaux

¹⁹³ Décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale, Journal Officiel du 27/04/2005.

¹⁹⁴ Circulaire DSS/DACI/2005/235 du 19 mai 2005 relative aux modalités de mise en œuvre du décret n°2005-386.

¹⁹⁵ Art R 332-3 du Code de la Sécurité Sociale

Les soins ambulatoires ne nécessitent pas d'autorisation préalable de l'organisme d'assurance maladie de l'assuré, sauf recours à des équipements matériels lourds (type IRM, PET-SCAN)¹⁹⁶ auxquels il est possible d'avoir accès en cabinet de ville.

De même, lorsqu'un soin nécessite en France une entente préalable afin d'être prise en charge, la même formalité doit être accomplie par le patient avant délivrance du soin dans un Etat membre de l'UE ou de l'EEE.

Le remboursement se fait en application des tarifs français et dans les conditions prévues par la législation française. Les tarifs pris en compte sont les tarifs conventionnels.

Le principe est bien celui de la prise en charge des soins exposés dans un autre Etat membre de l'UE ou de l'EEE dans les mêmes conditions de prise en charge que sur le territoire français.

Concernant les soins hospitaliers, l'autorisation préalable de l'organisme d'affiliation de l'assuré reste nécessaire dans les conditions définies par la jurisprudence européenne¹⁹⁷ et l'article R 332-4 du Code de la Sécurité Sociale.

Enfin, en ce qui concerne les analyses de biologie médicale, il y aura remboursement si celles-ci sont effectuées dans un laboratoire agréé par l'Etat français.

2. En Belgique

En Belgique, une nouvelle circulaire de l'INAMI¹⁹⁸ pose les règles à appliquer par les organismes assureurs pour le remboursement de soins ambulatoires reçus à l'étranger sans autorisation préalable.

Ces prestations sont remboursées aux tarifs de l'assurance soins de santé belge dans la limite des dépenses réellement encourues.

Si les soins ou produits médicaux sont remboursés en Belgique sous certaines conditions légales, ces dernières doivent également être respectées dans le cadre des soins à l'étranger.

La circulaire dresse une liste des prestations qui nécessitent d'office une autorisation préalable. Cette liste reprend des soins de radiothérapie, PETscan, de dialyse, de transplantation, d'imagerie médicale, de médecine reproductive, de pathologie cardiaque, des hospitalisations de jour chirurgicales ...

Cependant, elle supprime le plafond de remboursement de 1000 Euros qui était fixé jusqu'alors.

3. Au Grand-Duché de Luxembourg

Au Grand-Duché de Luxembourg, en l'absence de modification de ses dispositions statutaires, l'Union des Caisses de Maladie a défini une ligne de conduite par rapport à la nouvelle procédure ouverte par la jurisprudence.

¹⁹⁶ La liste des équipements matériels lourds est indiquée à l'art. R712-2 du Code de la Santé Publique

¹⁹⁷ Cf. *supra*

¹⁹⁸ Circulaire OA n° 2006/117 du 16 mars 2006, Application de l'article 22 du Règlement (CEE) n°1408/71 après les arrêts Kohll et Decker.

La prise en charge des prestations dispensées dans des établissements hospitaliers étrangers reste soumise à autorisation préalable.

En ce qui concerne les soins et produits médicaux délivrés en dehors des établissements hospitaliers, un remboursement sans autorisation préalable est possible au tarif luxembourgeois dans des limites assez strictes.

Ces prestations ne peuvent avoir été dispensées en Suisse.

Les services et les produits doivent avoir été prescrits préalablement par un médecin.

Si des conditions de délivrance (autorisation préalable, délai de renouvellement...) existent au Luxembourg, celles-ci doivent avoir été respectées.

L'affilié doit introduire sa demande de remboursement à sa caisse de maladie et c'est le comité-directeur de cette dernière qui décide ou non d'y répondre positivement. L'issue de la démarche est donc incertaine.

C. La coopération transfrontalière

Ce type de coopération s'adresse aux résidents des zones frontalières qui, en dehors de zones urbaines dotées d'une offre de soins étoffée, sont souvent contraints à parcourir de longues distances pour recevoir des soins appropriés à leur état. Elle concerne, en principe, les soins hospitaliers et dispense le patient de la demande d'autorisation préalable.

1. Les conventions interhospitalières transfrontalières

Les conventions interhospitalières transfrontalières :

- S'appliquent toujours dans le respect du libre choix du patient ;
- Concernent les affiliés des sept organismes assureurs belges et, sur le versant français, le régime général et d'autres selon l'accord négocié ;
- Relèvent uniquement de l'assurance obligatoire.

En ce moment, six conventions entre des acteurs de santé situés le long de la frontière franco belge sont en vigueur. Il s'agit :

CH de Tourcoing – CH de Mouscron

Trois conventions fonctionnent actuellement entre ces deux centres hospitaliers dans les domaines des maladies infectieuses et de l'hémodialyse, des examens IRM et des scintigraphies et de l'urologie.

a) Maladies infectieuses – Hémodialyse (1995)

Cette convention, entrée en vigueur le 1^{er} juin 1995, permet aux patients belges atteints de maladies infectieuses graves de recevoir des soins au CH Tourcoing et aux patients français atteints d'insuffisance rénale d'être dialysés au CH de Mouscron¹⁹⁹.

b) IRM – Scintigraphie (2004)

Depuis le 1^{er} novembre 2004, les patients du CH de Mouscron sont autorisés à se rendre au CH de Tourcoing pour des examens IRM et ceux de Tourcoing à Mouscron pour les scintigraphies.

c) Urologie (2005)

Les hôpitaux de Tourcoing, Roubaix et Mouscron ont négocié un projet de partenariat entre les services d'urologie des trois établissements afin d'améliorer la prise en charge et la délivrance des soins aux patients.

La convention prévoit entre autres l'exercice des urologues de Mouscron au CH de Tourcoing.

Cette convention est opérationnelle depuis le 1^{er} mars 2005 entre le CH de Mouscron et celui de Tourcoing.

CH de Charleville-Mézières — CH de Dinant

Une convention a été signée le 15 juin 2004 entre le CH de Dinant et le CH de Charleville-Mézières afin de permettre aux patients des cantons de Givet et de Fumay de recevoir des soins au CH de Dinant sans autorisation médicale préalable, selon les conditions financières en vigueur pour les patients français résidant en France et soignés dans un établissement français.

¹⁹⁹ Depuis le 1^{er} juin 2003, tous les ressortissants des Etats tiers peuvent en bénéficier.

La convention entre ces deux établissements concerne :

- *En hospitalisation complète* : médecine, chirurgie, obstétrique et spécialités coûteuses (Soins Intensifs, cardiologie, néphrologie, gastro-entérologie, réanimation polyvalente) ;
- *En hospitalisation incomplète* : hospitalisation de jour, chirurgie et anesthésie ambulatoire.

Elle exclut : les soins externes, les consultations et l'oncologie.

Le CH de Dinant envoie ses factures au CH de Charleville-Mézières qui liquide les sommes dues. Celui-ci se fait ensuite rembourser par la CPAM des Ardennes. Il s'agit en quelque sorte d'une fiction d'hospitalisation au CH de Charleville-Mézières.

Le patient hospitalisé en Belgique reçoit donc une facture émise par le CH de Charleville-Mézières, comme s'il avait été soigné dans cet établissement français. Le reste à charge pour l'assuré est éventuellement couvert par les mutuelles complémentaires.

Cette convention doit se substituer dans les prochains mois à une convention plus large de prise en charge des soins dans le cadre d'une zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers.

CHR Jan Yperman d'Ypres — CPAM d'Armentières

Depuis 2000, les ressortissants de l'EEE qui résident en France et sont domiciliés dans certaines communes des cantons d'Armentières, de Bailleul Nord-Est et Steenvoorde peuvent être pris en charge, pour certains actes, au sein du service d'hémodialyse de la clinique des Sœurs Noires (Ypres). Cette convention est limitée à 5 patients.

CHR de Mons — CHSA (Maubeuge)

Depuis le 1^{er} octobre 2004, une convention en soins intensifs-réanimation est opérationnelle entre ces deux établissements. Le CH de Maubeuge peut, en cas de saturation de son service de soins intensifs – réanimation, transférer des patients vers le CHR de Mons.

2. La Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST)

« Transcards » (Thiérache)

L'expérience Transcards, initiée en mai 2000, permet aux habitants de la Thiérache française et belge d'accéder, sans autorisation préalable, aux soins hospitaliers délivrés dans huit établissements²⁰⁰ situés de part et d'autre de la frontière.

Cet accès aux soins est facilité par un logiciel qui réalise l'interopérabilité des lecteurs de cartes Vitale (F) et SIS (B).

La prise en charge financière des soins s'effectue en respect de la procédure en vigueur dans le cadre des règlements européens n°1408/71 et n°574/72 : ils sont pris en charge selon les règles du pays où les soins sont dispensés.

²⁰⁰ Centre de Santé des Fagnes à Chimay, CH du Pays d'Avesnes, Hôpital Départemental de Felleries Liessies, CH de Fourmies, CH Brisset à Hirson, Hôpital du Nouvion en Thiérache, CH de Vervins, Polyclinique de la Thiérache à Wignehies

Une convention pérennisant cette expérimentation a été signée le 22 novembre 2002 par l'INAMI et la CNAMTS.

3. L'accord-cadre franco belge de coopération sanitaire

La signature de l'accord-cadre franco belge de coopération sanitaire ainsi que de son arrangement administratif d'application²⁰¹ pose un cadre légal à la coopération entre les deux pays afin d'améliorer l'accès aux soins et de garantir leur continuité pour les populations de la zone frontalière²⁰².

Ces textes clarifient la procédure à suivre pour les acteurs de la santé désireux d'établir des projets transfrontaliers.

Avant sa mise en application, il doit encore être ratifié par les parlements français et belges²⁰³.

²⁰¹ Accord cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière et Arrangement administratif général relatif aux modalités d'application de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique relatif à la coopération sanitaire transfrontalière signés le 30 septembre 2005 à Mouscron.

²⁰² Le texte est disponible sur le site Internet de Luxlorsan via le portail www.santetransfrontaliere.org

²⁰³ Cf. *supra* : Partie I, La coopération transfrontalière

D. L'extension du champ d'application territorial d'un pays

Une particularité existe pour les assurés du système belge habitant la zone frontalière belge. Elle est détaillée dans la Circulaire de l'INAMI n°2006/117 du 16 mars 2006.

En effet, l'autorisation de se faire soigner à l'étranger est délivrée sans devoir être justifiée aux habitants de la **zone frontalière belge large de 15 Km**²⁰⁴ qui désirent se faire **hospitaliser ou dialyser**. Ces soins doivent être prestés à une distance maximale de **25 Km de la frontière** séparant le pays étranger de la zone où habite le bénéficiaire concerné.

La même règle s'applique pour ces personnes pour les **soins ambulatoires** dispensés par un médecin-spécialiste en neuro-psychiatrie, en radio et radiumthérapie ou en médecine nucléaire ou pour les examens radiologiques par scanner sans limite de distance entre la frontière et le lieu de la prestation des soins.

Le document d'ouverture du droit est le formulaire E112 « administratif ». Une demande préalable doit donc être introduite mais aucune justification médicale n'est requise. Le formulaire mentionne l'établissement de soins et/ou le médecin-spécialiste et la période prévisible de traitement. Dès lors, ces soins seront pris en charge au tarif du pays de soins.

L'arrêté royal du 3 juillet 1996²⁰⁵ offre une autre possibilité de prise en charge aux personnes ayant leur résidence principale dans les cantons d'Arlon et de Messancy, les arrondissements administratifs de Virton et de Bastogne et les communes de Mellier, Léglise, Ebly, Juseret, Witry, Anlier et qui désirent se faire soigner au **Grand-Duché de Luxembourg**.²⁰⁶

Cette dérogation ne vise que les prestations de santé de :

- * médecine spéciale ;
- * obstétrique ;
- * hospitalisation ;
- * soins dentaires
- * et les fournitures pharmaceutiques, prescrites à l'occasion des soins visés ci-dessus.

Elles seront remboursées sur base des tarifs applicables en Belgique.

La même procédure d'accès aux soins est applicable à l'assuré qui a sa résidence principale dans les cantons de Bouillon, Chimay, Couvin, Florenville, Gedinne et Virton, et désire **se faire soigner en France** pour des prestations de :

- * médecine spéciale ;
- * obstétrique ;
- * hospitalisation ;
- * soins dentaires
- * et les fournitures pharmaceutiques, prescrites à l'occasion des soins visés ci-dessus.

²⁰⁴ Zone élargie aux cantons d'Eupen, Malmédy, Saint-Vith, aux cantons d'Arlon et de Messancy, aux arrondissements administratifs de Virton et de Bastogne, aux communes de Mellier, Léglise, Ebly, Juseret, Vitry et Anlier, aux cantons de Bouillon, Chimay, Couvin et Gedinne.

²⁰⁵ AR du 03/07/1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B. 10/08/1996.

²⁰⁶ Art. 294, §1, 9°, a)

Dans ce cas, ces soins doivent être dispensés dans **un rayon de 50 Km** de sa résidence principale.²⁰⁷
Ils seront remboursés sur base des tarifs belges.

²⁰⁷ Art. 294, §1, 9°, b)

III. Le travailleur frontalier

A. Le formulaire E106

Le règlement européen n°1408/71²⁰⁸ définit le travailleur frontalier comme celui qui, salarié ou non, exerce son activité professionnelle sur le territoire d'un Etat membre et réside dans un autre Etat membre, pays dans lequel il retourne chaque jour ou au moins une fois par semaine.

Le salarié d'une entreprise détaché dans un Etat membre conserve la qualité de travailleur frontalier pendant une durée n'excédant pas quatre mois même si, au cours de cette durée, il ne peut pas retourner chaque jour ou au moins une fois par semaine dans son pays de résidence.

Le travailleur frontalier est affilié à la caisse d'assurance maladie du pays dans lequel il exerce son activité professionnelle.

En application de l'article 20 du Règlement n°1408/71, les travailleurs frontaliers peuvent obtenir des soins médicaux tant sur le territoire de leur Etat de résidence que sur celui de leur Etat compétent. Le formulaire E106 atteste de ce droit.

Il en va de même pour les membres de leurs familles²⁰⁹ dans le pays de résidence s'il existe un accord entre les Etats Membres concernés ou, à défaut sur obtention d'une autorisation préalable de l'institution compétente.

Cet accord existe **entre la France et la Belgique**.

Les frontaliers ayant perdu leur emploi et touchant dans leur pays de résidence une allocation de chômage ne peuvent quant à eux prétendre aux prestations de l'Assurance Maladie que dans leur pays de résidence.

B. La convention belgo luxembourgeoise

Pour les frontaliers belges qui travaillent au Luxembourg, la **convention belgo luxembourgeoise** sur la sécurité sociale des travailleurs frontaliers²¹⁰ étend également les droits des travailleurs aux membres de la famille²¹¹.

L'extension concerne aussi les anciens travailleurs frontaliers²¹² bénéficiaires d'une pension d'un seul ou des deux pays, leur famille et leurs survivants.

De plus, elle leur garantit le remboursement au niveau du taux moyen luxembourgeois.

La convention prévoit un remboursement complémentaire pour les prestations en nature reçues sur le territoire belge et à charge de l'assurance maladie luxembourgeoise. « Celui-ci est déterminé forfaitairement sur la base du taux de remboursement moyen luxembourgeois. Pour la détermination de ce complément, il faut calculer le taux moyen de couverture au Luxembourg. Ce taux équivaut au pourcentage que représente le montant global des prestations en nature

²⁰⁸ Art. 1^{er}, b)

²⁰⁹ assurés à leur charge

²¹⁰ signée à Arlon le 24/03/1994, Loi d'approbation du 8 avril 1995, M.B. 07/07/1995, p.16139.

Convention entre le Royaume de Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg sur la sécurité sociale des travailleurs frontaliers, M.B. 07/06/1995.

²¹¹ qui ne sont pas titulaires d'un droit personnel aux prestations dans l'Etat de résidence.

²¹² C'est-à-dire la personne qui était travailleur frontalier au dernier jour de sa carrière.

remboursées par les caisses luxembourgeoises aux assurés résidant au Luxembourg par rapport au total des tarifs officiels correspondants. Le pourcentage ainsi obtenu est appliqué aux relevés individuels établis par les mutualités belges qui renseignent le tarif belge et le montant de remboursement. »²¹³

C. Particularité du statut belge de travailleur indépendant

Le principe posé par le règlement 1408/71 CEE est l'assujettissement au régime de sécurité sociale de l'Etat d'exercice de l'activité salariée.

Cependant une dérogation est possible lorsque le travailleur indépendant du régime belge exerce également une activité salariée à l'étranger²¹⁴.

Elle dispose que la personne est soumise simultanément à la législation des deux Etats membres.

Plus précisément²¹⁵:

- Pour les prestations servies dans un des deux pays d'activité, elles sont prises en charge par l'institution du pays de soins.
- Pour les prestations servies dans un autre Etat membre, elles sont prises en charge par l'Etat de l'activité salariée.

D. Particularité du parcours de soins coordonné en France

Les travailleurs frontaliers (travaillant en France et résidant dans un Etat frontalier) doivent s'inscrire dans le parcours de soins coordonné institué par la loi du 13 août 2004²¹⁶ lorsqu'ils reçoivent des soins en France, c'est-à-dire, désigner un médecin traitant et le consulter préalablement à toute autre consultation devant un autre praticien²¹⁷.

E. Particularité des résidents de certains départements français

Les travailleurs frontaliers qui résident dans les départements français du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle bénéficient, sur le territoire de ces départements, des prestations en nature prévues par le régime local d'Alsace-Lorraine en application de l'article 19 du règlement CEE.

Ces dispositions s'appliquent également aux anciens travailleurs frontaliers sous certaines conditions²¹⁸.

²¹³ DE COCK, J. et TEUNKENS, E. ; *Les soins de santé dans la sécurité sociale – Aspects nationaux*, in l'Europe des soins de santé, Larcier, 2005, p.127

²¹⁴ 1, annexe VII du règlement CEE n°1408/71

²¹⁵ Un exemple: Monsieur Luxlorsan travaille en tant qu'indépendant en Belgique et a également une activité salariée en France. Il réside en Belgique.

Si Monsieur Luxlorsan se fait hospitaliser en Belgique, sa mutuelle belge prendra en charge les dépenses couvertes par le régime d'assurance belge (qui peut être limité aux « gros risques »).

Si Monsieur Luxlorsan se rend chez un médecin en France, c'est la caisse d'assurance maladie française qui sera compétente pour la prise en charge des soins.

Pendant ses vacances en Italie, si monsieur Luxlorsan tombe malade et doit y subir des soins, il sera couvert par l'assurance maladie française.

²¹⁶ Cf. Partie I, Les ordres juridiques nationaux

²¹⁷ sauf consultation auprès d'un gynécologue, ophtalmologue et psychiatre.

²¹⁸ Lois n°98-278 du 14 avril 1998 et celle du 2 janvier 2002 relatives au régime local d'Assurance Maladie des départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle.

IV. Soins dans le pays de résidence

A. Le formulaire E121

Les titulaires d'une pension ou d'une rente ainsi que leurs personnes à charge qui désirent résider dans un autre pays que celui où ils sont assurés doivent être en possession du formulaire E121²¹⁹ pour pouvoir y bénéficier d'une prise en charge de leurs soins de santé²²⁰.

Par **titulaire d'une pension ou d'une rente**, il faut entendre, le titulaire d'une pension de retraite, de survie, d'invalidité ou d'orphelin et le titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

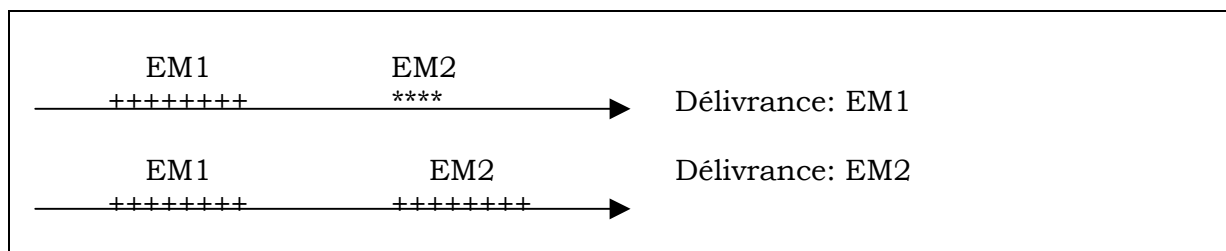
Le formulaire E121 est un document individuel et doit par conséquent être délivré à chaque personne visée par son champ d'application. Il ne sera toutefois délivré que s'il n'existe pas de droits aux soins de santé dans le pays de résidence du fait d'une pension à charge de cet Etat²²¹, d'une activité professionnelle ou d'allocations de chômage.

Le Pays compétent

Si la personne bénéficie de pensions ou de rentes à charge de plusieurs Etats membres autres que le pays de résidence, le pays compétent pour émettre ce formulaire est le pays où le titulaire a été assujéti le plus longtemps.

En cas d'égalité dans la durée d'assujettissement, c'est le pays dans lequel le titulaire a été assujéti en dernier lieu qui sera compétent.

(Cf. Schéma ci-dessous)



Ce formulaire entraîne une suspension des droits dans le pays qui l'a émis (pays compétent)²²². Par conséquent, c'est le nouveau pays de résidence qui sera compétent pour délivrer les formulaires d'autorisation de soins dans un autre pays membre (CEAM, E112), y compris pour les soins reçus dans le pays compétent.

Si l'assuré revient définitivement dans son pays compétent, le formulaire E121 est clôturé et il y retrouve ses droits.

²¹⁹ Art. 29 du règlement (CEE) n°574/72 du Conseil du 21 mars 1972

²²⁰ Art. 28 et 29 du règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971

²²¹ Art. 27 *ibidem*

²²² Une exception existe pour les formulaires E121 délivrés par la Suisse.

B. Particularités belges

1. Le régime des anciens travailleurs indépendants²²³

– Titulaire d'une pension belge d'indépendant résidant à l'étranger

Pour bénéficier des prestations en nature prévues par le régime belge, la personne avec un statut social belge d'indépendant doit verser une cotisation supplémentaire²²⁴ à son organisme assureur dont le montant est fixé par arrêté royal²²⁵.

Le paiement de cette cotisation lui permettra d'obtenir le formulaire E121 d'ouverture de droit²²⁶.

Cette personne bénéficiera alors d'une couverture complète dans son pays de résidence.

– Titulaire d'une pension d'indépendant en Belgique et d'une pension de salarié à l'étranger

La personne résidant en Belgique et qui bénéficie d'une pension de travailleur indépendant belge ainsi que d'une pension de travailleur salarié d'un autre Etat membre obtient les prestations de santé de l'institution de son lieu de résidence c'est-à-dire la Belgique comme s'il était uniquement bénéficiaire d'une pension de cet Etat²²⁷.

Cette disposition doit être interprétée pour que l'ensemble de la **carrière mixte** soit prise en compte par l'Etat de résidence. De ce fait, la Belgique accordera à cet assuré les mêmes droits que s'il avait mené une carrière mixte en Belgique à la condition que la pension étrangère de salarié donne droit aux soins de santé.

Par contre, les résidents « non-salariés » couverts par un formulaire E121 émis par un autre Etat membre bénéficient, en Belgique, d'une couverture pour l'ensemble des risques.

2. La convention belgo luxembourgeoise²²⁸

L'ancien travailleur frontalier qui réside dans le pays qui n'est pas celui duquel il perçoit sa pension et les membres de sa famille peuvent obtenir les prestations²²⁹ dans l'autre pays conformément à la législation européenne.

Dans ce cas, au lieu du formulaire E121, c'est un certificat qui ouvre le droit. Ce certificat est délivré par l'institution débitrice de la pension²³⁰.

²²³ D'après DE COCK et TEUNKENS, *Les soins de santé dans la sécurité sociale - Aspects nationaux*, in *L'Europe et les soins de santé*, Larcier, 2005, pp.199-122.

²²⁴ Cf. 1, b) in A. Belgique annexe VI du règlement CEE n°1408/71.

²²⁵ AR du 3 janvier 1983, M.B. 08/01/1983.

²²⁶ Les invalides du régime indépendants sont dispensés du paiement de cette cotisation.

²²⁷ Art.27 règlement CEE n°1408/71.

²²⁸ Convention entre le Royaume de Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg sur la sécurité sociale des travailleurs frontaliers, M.B. 07/06/1995.

²²⁹ Art. 6

²³⁰ Art. 7, 2. de l'arrangement administratif.

CONCLUSION

L'accès aux soins à l'étranger est devenu une problématique sensible au sein de l'Union européenne dès les premiers arrêts rendus depuis 1998 en ce domaine par la Cour de justice européenne (CJCE).

Alors que sont affirmés avec force les principes de libre circulation et de libre prestation de services, il est encore difficile pour le citoyen européen de choisir librement au sein de l'UE son prestataire ou son établissement de soins sans être sanctionné économiquement. Ce problème est encore plus prégnant pour les résidents des espaces frontaliers qui acceptent difficilement les différences de prise en charge. Ceux-ci constatent, en effet, que lors d'un séjour temporaire à l'étranger, ils peuvent recevoir les soins qui leurs sont nécessaires et observent que les travailleurs frontaliers peuvent prétendre ainsi que les membres de leur famille (dans certaines régions, telle la zone Luxlorsan) aux soins de part et d'autre de la frontière et cela sans autorisation médicale préalable, alors que l'obtention de soins programmés à l'étranger suppose une procédure préalable lourde et aléatoire. C'est précisément cette autorisation préalable qui constitue la pierre d'achoppement d'une « libre circulation du patient ».

Il convient de rappeler à cet égard que l'accès aux soins est régi par un règlement européen instruit aux premières heures du Marché commun. Celui-ci est basé sur la mobilité des travailleurs qu'il a pour objectif de faciliter. Toutefois, la libre circulation du patient repose sur la libre circulation des personnes et la fourniture de soins sur la libre prestation de services. Si la CJCE a jugé que les principes du Traité s'appliquaient en matière de soins de santé elle a aussi jugé que malgré l'entrave que représentait l'autorisation médicale préalable, celle-ci était justifiée en matière de soins hospitaliers pour des raisons d'intérêt général et de santé publique, établissant de la sorte une distinction, en matière d'accès aux soins à l'étranger, entre soins ambulatoires et soins hospitaliers.

Le problème majeur se situe dans le manque d'uniformité du cadre législatif des Etats membres et précisément, dans la variabilité d'application de la jurisprudence communautaire, à laquelle s'ajoutent la diversité des procédures administratives des Etats membres et le manque d'information des patients.

La Commission qui dispose, au niveau communautaire, du pouvoir d'initiative a souhaité clarifier ce champ, notamment en voulant imposer une application identique de la jurisprudence européenne à tous les Etats membres à travers l'article 23 de la proposition de directive sur les services. Etant donné que le champ de la santé a été expurgé de cette proposition, les pratiques continuent à différer d'un Etat membre à l'autre. Néanmoins, la Commission reste déterminée à aboutir à un dispositif qui uniformisera l'application du droit communautaire. C'est la raison pour laquelle, elle réfléchit actuellement au lancement d'une initiative législative dans le secteur de la santé notamment pour asseoir l'application de la jurisprudence en matière de soins à l'étranger. Ce recadrage s'étoffera dans les prochaines années d'un nouvel instrument : le règlement 883/2004. Celui-ci « modernisera » le règlement 1408 en vigueur depuis 1972. Par ailleurs, dans les zones frontalières franco belges et peut-être demain luxembourgeoises, une nouvelle base légale entrera en vigueur pour réguler les conventions de coopérations transfrontalières à travers notamment l'accord-cadre franco belge. Celui-ci décentralise la décision de négocier des coopérations au niveau des acteurs locaux.

Ces évolutions en cours et à venir illustrent la nécessité de se doter d'outils d'information et de communication de qualité, accessibles par tout un chacun pour

disposer des éléments de droits et de procédures nécessaires à l'accès aux soins à l'étranger. Par ce rapport, nous avons voulu offrir à un public le plus large possible un exposé simple des règles de prise en charge de ces soins.

Mais ce recueil de données et d'informations ne suffit pas encore. C'est la raison pour laquelle, il s'articule avec un ensemble d'outils de communication que nous avons parallèlement développé à travers un portail Internet : www.santetransfrontaliere.org.

Ce portail Internet ouvre sur une base de données qui compte pour l'espace transfrontalier belgo franco luxembourgeois environ 350 fiches d'information précises sur les droits et procédures en matière de prise en charge des soins à l'étranger. Il répertorie les cas des travailleurs, chômeurs, pensionnés et étudiants et délivre une information pratique à l'adresse de divers publics-cibles (patients, professionnels de santé, organismes assureurs ...).

Cet instrument s'articule avec la création dans les prochaines semaines des « guichets de soins » destinés à créer un réseau d'intervenants frontaliers dans la perspective d'apporter une réponse adéquate et uniforme aux questions et problèmes de prise en charge rencontrés par les populations résidant dans les zones frontalières. Des sessions de formation et d'échanges sur le thème de la protection sociale et de la coopération sanitaire sont ainsi proposées au personnel des organismes assureurs frontaliers.

En déployant ces divers volets d'information-communication, nous espérons répondre aux besoins que nous avons captés auprès de toutes celles et tous ceux qui aspirent à bénéficier au quotidien des bienfaits de la création de l'Union européenne et de son modèle de protection sociale qu'elle a pour objectif de sauvegarder et de moderniser.

Toute la démarche entreprise grâce au programme Interreg III A s'inscrit dans cette logique d'action.

**BIBLIOGRAPHIE et
REFERENCES
INTERNET**

BIBLIOGRAPHIE

- ANMC ; *Les conventions internationales*, Centre de formation, mai 2003, 66 p.
- ANMC ; *Les règlements européens : le transfert de résidence*, octobre 2004, 15 p.
- COMMISSION EUROPÉENNE ; *Les dispositions communautaires en matière de sécurité sociale, Vos droits lorsque vous vous déplacez à l'intérieur de l'Union européenne*, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2005, 51 p.
- DE COCK J. ; TEUNKENS, E. ; « Les soins de santé dans la sécurité sociale : aspects nationaux » in *L'Europe et les soins de santé*, Larcier, 2005, pp.109-143.
- INAMI ; « La carte européenne d'assurance maladie (CEAM) – État des lieux », in *Rapport annuel 2004 de l'INAMI, 5^{ème} partie*, 2005, pp.122-127.
- JORENS, Y. ; COUCHEIR, M. ; VAN OVERMEIREN, F. ; *Accès aux soins de santé dans un marché unique : impact sur les systèmes légaux et complémentaires*, Universiteit Gent, Département de droit social, 2005, 103 p.
- LENAERTS, K. ; *Droit communautaire et soins de santé : les grandes lignes de la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes ; intervention à la Journée d'étude du 16/01/2006 : Union européenne et soins de santé de l'INAMI*.
- LuxLorSan ; *Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg*, septembre 2004, 314 p.
- PALM, W. ; « La révision du règlement 1408/71 : quelle portée pour le secteur de la santé ? » in *RBSS, SPF Sécurité sociale*, Bruxelles, 2004, pp. 685-699.
- SIMON, A.-C. ; « L'arrêt Keller de la Cour de Justice : un nouveau pas vers la suppression des frontières pour les patients en Europe ? » in *RBSS, SPF Sécurité sociale ; Bruxelles*, 2005, pp. 205-224.
- VAN RAEPENBUSCH, S. ; *Droit institutionnel de l'Union et des Communautés européennes ; De Boeck Université, 2^{ème} édition*, 1998, 643 p.
- ZARKA, J.-C. ; « Remboursement des frais afférents à un traitement urgent et vital » in *JCP/La Semaine Juridique*, Edition générale N°25, 22 juin 2005.
- ZGAJEWSKI, T. ; « La jurisprudence de la Cour de Justice européenne sur l'accès aux soins de santé et son impact » in *Courrier hebdomadaire du CRISP n°1883*, 2005, 48 p.

REFERENCES INTERNET

- Synthèses de la législation de l'Union : europa.eu.int/scadplus
- Direction Générale Emploi, Affaires sociales et Egalité des chances de la Commission européenne :
http://europa.eu.int/comm/dgs/employment_social/index_fr.htm
- EUR-Lex - Le droit de l'Union européenne : europa.eu.int/eur-lex
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) :
<http://inami.fgov.be/homefr.htm>
- Légifrance, le Service public français de la diffusion du droit :
<http://www.legifrance.gouv.fr/>
- Legilux, le portail juridique du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg sur Internet : <http://www.legilux.public.lu/index.html>
- Luxlorsan : <http://www.santetransfrontaliere.org/luxlorsan/main.htm>
- Ministère de la Santé français : www.sante.gouv.fr
- Maison des français à l'étranger : www.mfe.org
- Mutualités chrétiennes : www.mc.be

ANNEXES

A.

Liste des abréviations

B = Belgique / F = France / UE = Union européenne

AR :	Arrêté Royal (B)
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation (F)
BIM :	Bénéficiaire de l'Intervention Majorée (B)
CAAMI :	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (B)
CASSTM :	Commission Administrative pour la Sécurité Sociale des Travailleurs Migrants (UE)
CEAM :	Carte Européenne d'Assurance Maladie (UE)
CECA :	Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier (UE)
CEE :	Communauté Economique Européenne (UE)
CH :	Centre Hospitalier
CHRU :	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHSA :	Centre Hospitalier Sambre Avesnois (F)
CJCE :	Cour de Justice des Communautés Européennes (UE)
CNAMTS :	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (F)
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie (F)
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (F)
DMG :	Dossier Médical Global (B)
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (F)
EEE :	Espace Economique Européen
GEIE :	Groupement Européen d'Intérêt Economique (UE)
GRAPA :	Garantie de Revenus aux Personnes Âgées (B)
INAMI :	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (B)
JOCE :	Journal Officiel des Communautés européennes (UE)
JOUE :	Journal Officiel de l'Union européenne (UE)
MàF :	Maximum à Facturer (B)
M.B. :	Moniteur belge (B)
NHS :	National Health Service (UK)
O.A. :	Organismes Assureurs (B)
URCAM :	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (F)

B. Références législatives

1. Législation de l'Union européenne

Extraits de la version consolidée du Traité instituant la Communauté européenne (JOCE 24/12/2002)

Article 2

La Communauté a pour mission, par l'établissement d'un marché commun, d'une Union économique et monétaire et par la mise en oeuvre des politiques ou des actions communes visées aux articles 3 et 4, de promouvoir dans l'ensemble de la Communauté un développement harmonieux, équilibré et durable des activités économiques, un niveau d'emploi et de protection sociale élevé, l'égalité entre les hommes et les femmes, une croissance durable et non inflationniste, un haut degré de compétitivité et de convergence des performances économiques, un niveau élevé de protection et d'amélioration de la qualité de l'environnement, le relèvement du niveau et de la qualité de vie, la cohésion économique et sociale et la solidarité entre les États membres.

Article 42

Le Conseil, statuant conformément à la procédure visée à l'article 251, adopte, dans le domaine de la sécurité sociale, les mesures nécessaires pour l'établissement de la libre circulation des travailleurs, en instituant notamment un système permettant d'assurer aux travailleurs migrants et à leurs ayants droit :

- a) la totalisation, pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de celles-ci, de toutes périodes prises en considération par les différentes législations nationales;
- b) le paiement des prestations aux personnes résidant sur les territoires des États membres.

Le Conseil statue à l'unanimité tout au long de la procédure visée à l'article 251.

Article 49

Dans le cadre des dispositions visées ci-après, les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de la Communauté sont interdites à l'égard des ressortissants des États membres établis dans un pays de la Communauté autre que celui du destinataire de la prestation.

Le Conseil, statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, peut étendre le bénéfice des dispositions du présent chapitre aux prestataires de services ressortissants d'un État tiers et établis à l'intérieur de la Communauté.

Article 50

Au sens du présent traité, sont considérées comme services les prestations fournies normalement contre rémunération, dans la mesure où elles ne sont pas régies par les dispositions relatives à la libre circulation des marchandises, des capitaux et des personnes.

Les services comprennent notamment:

- a) des activités de caractère industriel;
- b) des activités de caractère commercial;
- c) des activités artisanales;
- d) les activités des professions libérales.

Sans préjudice des dispositions du chapitre relatif au droit d'établissement, le prestataire peut, pour l'exécution de sa prestation, exercer, à titre temporaire, son activité dans le pays où la prestation est fournie, dans les mêmes conditions que celles que ce pays impose à ses propres ressortissants.
(...)

TITRE XIII SANTÉ PUBLIQUE

Article 152

1. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en oeuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté.

L'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé.

La Communauté complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention.

2. La Communauté encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action.

Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination.

3. La Communauté et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

4. Le Conseil, statuant conformément à la procédure visée à l'article 251, et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, contribue à la réalisation des objectifs visés au présent article en adoptant:

- a) des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang; ces mesures ne peuvent empêcher un État membre de maintenir ou d'établir des mesures de protection plus strictes;
- b) par dérogation à l'article 37, des mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique;
- c) des actions d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres.

Le Conseil, statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, peut également adopter des recommandations aux fins énoncées dans le présent article.

5. L'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux. En particulier, les mesures visées au paragraphe 4, point a), ne portent pas atteinte aux dispositions nationales relatives aux dons d'organes et de sang ou à leur utilisation à des fins médicales.

Extraits du texte consolidé au 01/06/2004 (produit par le système CONSLEG de l'Office des publications officielles des Communautés européennes)
Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (JO L 149 du 05/07/1971, p. 2) (Version consolidée - JO n° L 28 du 30/01/1997)

Article 19**Résidence dans un État membre autre que l'État compétent — Règles générales**

1. Le travailleur salarié ou non salarié qui réside sur le territoire d'un État membre autre que l'État compétent et qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'État compétent pour avoir droit aux prestations, compte tenu, le cas échéant, des dispositions de l'article 18, bénéficie dans l'État de sa résidence:

- a) des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié;
- b) des prestations en espèces servies par l'institution compétente selon les dispositions de la législation qu'elle applique. Toutefois, après accord entre l'institution compétente et l'institution du lieu de résidence, ces prestations peuvent être servies par cette dernière institution, pour le compte de la première, selon les dispositions de la législation de l'État compétent.

2. Les dispositions du paragraphe 1 sont applicables par analogie aux membres de la famille qui résident sur le territoire d'un État membre autre que l'État compétent, pour autant qu'ils n'aient pas droit à ces prestations en vertu de la législation de l'État sur le territoire duquel ils résident.

En cas de résidence des membres de la famille sur le territoire d'un État membre selon la législation duquel le droit aux prestations en nature n'est pas subordonné à des conditions d'assurance ou d'emploi, les prestations en nature qui leur sont servies sont censées l'être pour le compte de l'institution à laquelle le travailleur salarié ou non salarié est affilié, sauf si son conjoint ou la personne qui a la garde des enfants exerce une activité professionnelle sur le territoire dudit État membre.

Article 20**Travailleurs frontaliers et membres de leur famille — Règles particulières**

Le travailleur frontalier peut également obtenir les prestations sur le territoire de l'État compétent. Ces prestations sont servies par l'institution compétente selon les dispositions de la législation de cet État comme si l'intéressé résidait dans celui-ci. Les membres de sa famille peuvent bénéficier des prestations dans les mêmes conditions; toutefois, le bénéfice de ces prestations est, sauf en cas d'urgence, subordonné à un accord entre les États intéressés ou entre les autorités compétentes de ces États ou, à défaut, à l'autorisation préalable de l'institution compétente.

Article 22**Séjour hors de l'État compétent — Retour ou transfert de résidence dans un autre État membre au cours d'une maladie ou d'une maternité — Nécessité de se rendre dans un autre État membre pour recevoir des soins appropriés**

1. Le travailleur salarié ou non salarié qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'État compétent pour avoir droit aux prestations, compte tenu, le cas échéant, des dispositions de l'article 18 et:

- a) dont l'état vient à nécessiter des prestations en nature nécessaires du point de vue médical au cours d'un séjour sur le territoire d'un autre État membre, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour

ou

- b) qui, après avoir été admis au bénéfice des prestations à charge de l'institution compétente, est autorisé par cette institution à retourner sur le territoire de l'État membre où il réside ou à transférer sa résidence sur le territoire d'un autre État membre

ou

- c) qui est autorisé par l'institution compétente à se rendre sur le territoire d'un autre État membre pour y recevoir des soins appropriés à son état,

a droit:

- i) aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié, la durée de service des prestations étant toutefois régie par la législation de l'État compétent;
- ii) aux prestations en espèces servies par l'institution compétente selon les dispositions de la législation qu'elle applique. Toutefois, après accord entre l'institution compétente et l'institution du lieu de séjour ou de résidence, ces prestations peuvent être servies par cette dernière institution pour le compte de la première, selon des dispositions de la législation de l'État compétent.

1 *bis*. La commission administrative établit une liste des prestations en nature qui, pour pouvoir être servies pendant un séjour dans un autre État membre, requièrent pour des raisons pratiques un accord préalable entre la personne concernée et l'institution dispensant les soins.

2. L'autorisation requise au titre du paragraphe 1 point b) ne peut être refusée que s'il est établi que le déplacement de l'intéressé est de nature à compromettre son état de santé ou l'application du traitement médical.

L'autorisation requise au titre du paragraphe 1 point c) ne peut pas être refusée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et si ces soins ne peuvent, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie, lui être dispensés dans le délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement dont il s'agit dans l'État membre de résidence.

3. Les paragraphes 1, 1 *bis* et 2 sont applicables par analogie aux membres de la famille d'un travailleur salarié ou non salarié.

Toutefois, pour l'application du paragraphe 1 point a) i) et point c) i) aux membres de la famille visés à l'article 19 paragraphe 2 qui résident sur le territoire d'un État membre autre que celui sur le territoire duquel le travailleur salarié ou non salarié réside:

- a) les prestations en nature sont servies, pour le compte de l'institution de l'État membre sur le territoire duquel les membres de la famille résident, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si le travailleur salarié ou non salarié y était affilié. La durée du service des prestations est toutefois régie par la législation de l'État membre sur le territoire duquel les membres de la famille résident;
- b) l'autorisation requise au titre du paragraphe 1 point c) est délivrée par l'institution de l'État membre sur le territoire duquel les membres de la famille résident.

4. Le fait que le travailleur salarié ou non salarié bénéficie des dispositions du paragraphe 1 n'affecte pas le droit aux prestations des membres de sa famille.

Article 31

Séjour du titulaire et/ou des membres de sa famille dans un État membre autre que celui où ils ont leur résidence

1. Le titulaire d'une pension ou d'une rente due au titre de la législation d'un État membre ou de pensions ou de rentes dues au titre des législations de deux ou plusieurs États membres qui a droit aux prestations au titre de la législation d'un de ces États membres, ainsi que les membres de sa famille qui séjournent sur le territoire d'un État membre autre que celui où ils résident, bénéficient:

- a) des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours d'un séjour sur le territoire d'un État membre autre que l'État de résidence, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. Ces prestations en nature sont servies par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, à la charge de l'institution du lieu de résidence du titulaire ou des membres de sa famille;
 - b) des prestations en espèces servies, le cas échéant, par l'institution compétente déterminée conformément à l'article 27 ou à l'article 28, paragraphe 2, selon les dispositions de la législation qu'elle applique. Toutefois, après accord entre l'institution compétente et l'institution du lieu de séjour, ces prestations peuvent être servies par cette dernière institution pour le compte de la première, selon les dispositions de la législation de l'État compétent.
2. L'article 22, paragraphe 1 *bis*, est applicable par analogie.

2. Législation belge

Extrait de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

(M.B. 27-08-1994) (Consolidée au 12/07/2005)

Art. 136. § 1er. Sous réserve de l'application de l'ordre juridique international, les prestations prévues par la présente loi coordonnée sont refusées lorsque le bénéficiaire ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge ou lorsque les prestations de santé ont été fournies en dehors du territoire belge.

Elles peuvent toutefois être accordées:

- a) dans les conditions déterminées par le Roi;
- b) dans les conditions prévues au sein de conventions conclues entre le Comité de l'assurance et le Comité de gestion des indemnités et les organismes compétents étrangers visant à favoriser la libre circulation des assurés dans les régions frontalières par la fixation de règles de coopération.
- c) dans les conditions prévues au sein de conventions particulières, dont le contenu s'inscrit dans le cadre général des règles fixées par les conventions internationales, conclues entre les personnes visées à l'article 2 i), n), belges et étrangères, pour réaliser un accès simplifié à des prestations transfrontalières et qui ont été approuvées par le Comité de l'assurance et/ou le Comité de gestion des indemnités.

Le Roi fixe les règles selon lesquelles les montants qui, en application de l'ordre juridique international, sont à charge de l'assurance, et qui ont trait au budget des moyens financiers attribué aux hôpitaux, défini dans l'article 87 de la loi sur les hopitaux, sont fixés, portés en compte, récupérés et comptabilisés.

**Extrait de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative
à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14
juillet 1994.
(M.B. 31-07-1996) (Consolidée au 26-05-2005)**

Section VI. - Des prestations fournies en dehors du territoire national.

Art. 294. § 1. En application de l'article 136, § 1er, de la loi coordonnée, les prestations de santé fournies en dehors du territoire national sont accordées:

1° pour lui-même et pour les personnes à sa charge qui y séjournent avec lui, au titulaire qui se trouve en période d'incapacité de travail et a été autorisé préalablement par le médecin-conseil à séjourner temporairement à l'étranger tout en gardant sa résidence principale en Belgique.

Le médecin-conseil peut, pour une période maximale de deux mois, autoriser un séjour temporaire après le début des délais prévus dans l'article 177, § 1er, 1° et 2°, pour l'établissement des rapports qui y sont visés.

L'autorisation préalable du médecin-conseil n'est pas requise pour les personnes qui tombent sous le champ d'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 du 14 juillet 1971, en ce qui concerne un séjour temporaire dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen;

2° pour le bénéficiaire, lorsque le rétablissement de sa santé nécessite une hospitalisation qui peut être donnée dans de meilleures conditions médicales à l'étranger et qui est préalablement jugée indispensable par le médecin-conseil;

3° pour le bénéficiaire qui doit, au cours d'un séjour à l'étranger, être hospitalisé d'urgence;

4° pour le titulaire et pour les personnes à sa charge qui résident avec lui sur le territoire d'un autre pays, lorsque le titulaire est occupé sur ce territoire et reste assujéti à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés;

5° pour le bénéficiaire atteint de tuberculose et pour lequel le médecin-conseil reconnaît la nécessité d'une cure sanatoriale à l'étranger, dans un établissement agréé par le Service des soins de santé;

6° pour le bénéficiaire qui a recours, en dehors du territoire national, à un médecin ou à une accoucheuse étrangère, autorisés à pratiquer en Belgique;

7° pour le bénéficiaire ayant sa résidence principale dans une région frontière qui se fait soigner dans un établissement hospitalier, situé en dehors du territoire national dans un rayon de vingt-cinq kilomètres maximum de sa résidence principale, à condition qu'il n'y ait en Belgique, aucun établissement similaire plus rapproché;

8° pour le bénéficiaire dont la rééducation fonctionnelle ou professionnelle s'effectue à l'étranger;

9°

a) pour le bénéficiaire qui se fait soigner au Grand-Duché du Luxembourg, s'il a sa résidence principale dans un des cantons d'Arlon et de Messancy, arrondissements administratifs de Virton et de Bastogne, ou communes de Mellier, Léglise, Ebly, Juséret, Witry et Anlier;

b) pour le bénéficiaire qui se fait soigner en France dans un rayon de 50 kilomètres de sa résidence principale, si elle se situe dans un des cantons de Bouillon, Chimay, Couvin, Florenville, Gedinne et Virton.

Toutefois, cette dérogation ne vise, en ce qui concerne les prestations de santé, que:

- la médecine spéciale;
- l'obstétrique;

- l'hospitalisation;
- les soins dentaires;
- les fournitures pharmaceutiques, prescrites à l'occasion des soins visés ci-dessus;

10° pour le bénéficiaire blessé au cours d'un accident sur le territoire national, dont l'état requiert des soins urgents et qui est transporté vers un établissement hospitalier situé à l'étranger, plus proche ou mieux accessible que tout établissement similaire situé en Belgique.

Il en est de même du bénéficiaire qui se trouve inopinément dans un état requérant des soins urgents dans un établissement hospitalier.

11° aux titulaires et à leurs personnes à charge, visés dans l'article 32, alinéa premier, 12°, de la loi coordonnée précitée, lorsqu'ils séjournent sur le territoire d'un pays avec lequel la Belgique n'est pas liée par un instrument international en matière de sécurité sociale comprenant les soins de santé.

§ 2. Le remboursement des prestations de santé est subordonné à la conditions qu'elles aient été données soit par une personne autorisée légalement à exercer l'art de guérir dans le pays où elles ont été données, soit dans un établissement hospitalier présentant les garanties médicales suffisantes ou qui est reconnu par les autorités du pays où il est situé. Les autorisations visées aux 1°, 2° et 5° sont immédiatement notifiées aux intéressés par le médecin-conseil qui verse une copie de la notification au dossier visé à l'article 254, alinéa 1er. Lorsqu'elles concernent des titulaires, une copie de la notification est adressée au bureau provincial du Service du contrôle médical.

Les prestations de biologie clinique fournies à l'occasion d'une hospitalisation visée aux 2° et 3° du § 1er, sont remboursées aux tarifs applicables pour un patient non hospitalisé, conformément à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

(...)

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé : relations internationales

Circulaire OA n° 2006/117 du 16 mars 2006 En vigueur à partir du 15 mars 2006 Abroge circulaire n° 2005/48 du 22 février 2005

Application de l'article 22 du Règlement (CEE) n° 1408/71 après les arrêts Kohll et Decker

(...)

A. PROCEDURE AVEC AUTORISATION

Pour pouvoir prétendre, en application de l'article 22, 1, c, I du Règlement (CEE) 1408/71, au remboursement des prestations de santé aux tarifs de l'Etat membre de séjour, les assurés doivent disposer d'une autorisation préalable de la mutualité de se rendre dans un autre Etat membre pour y subir un traitement approprié.

En ce qui concerne l'application de l'article 22 du Règlement (CEE) 1408/71, il convient de s'appuyer sur les principes suivants:

1. l'autorisation de se faire soigner à l'étranger ne peut être donnée lorsque le traitement peut également être suivi en Belgique sur le plan médico-technique;
2. lorsqu'une autorisation de se faire soigner à l'étranger est donnée dans des cas très exceptionnels, lorsque le traitement ne peut être appliqué en Belgique, le médecin-conseil doit mentionner clairement l'établissement de soins et/ou le médecin spécialiste ainsi que la période de traitement prévue; dans ce cas, il importe que la justification de la décision apparaisse dans le dossier de l'intéressé;
3. sous réserve du point 2, aucune autorisation ne peut être donnée pour des prestations qui sont non remboursables en Belgique par l'assurance maladie-invalidité obligatoire, ou pour lesquelles les conditions au remboursement ne sont pas remplies (restriction absolue)

B. PROCEDURE SANS AUTORISATION

1. Etendue

Les prestations servies dans les Etats membres de l'Union européenne, à des assurés de la législation belge (sans distinction de nationalité) peuvent être remboursées aux tarifs de l'assurance soins de santé belge et ce pour autant :

2. Règles générales

- que les prestations de santé et produits médicaux puissent être remboursés en Belgique et que les conditions légales prévues pour le remboursement (exigence d'une autorisation pour l'obtention de la prestation sur le territoire belge, fixation de délais de renouvellement, nécessité d'établissement d'un devis préalable, ...) soit remplies;
- que les prestations de santé aient été dispensées en dehors d'une hospitalisation;

- que le montant à rembourser ne dépasse pas le montant des frais réellement encourus;
- que lors de la demande de remboursement, l'assuré ait fait l'avance des frais.

3. Règles spécifiques pour le remboursement de certaines prestations

a) hospitalisation de jour et prestations médico-techniques lourdes:

Sous réserve des dispositions reprises à l'annexe et pour autant que les conditions légales et celles prévues via les dispositions insérées dans la convention avec les établissements hospitaliers soient respectées, il s'agit de prestations ambulatoires pouvant bénéficier d'un remboursement;

b) analyses de laboratoire:

Nonobstant le fait qu'il n'y a pas nécessairement déplacement physique de l'assuré sur un territoire étranger pour effectuer ces analyses sur des échantillons biologique, il peut être procédé au remboursement si les analyses se révèlent assimilables à celles pratiquées en Belgique et pour lesquelles les modalités de remboursement sont prévues;

c) spécialités pharmaceutiques sous brevet, spécialités pharmaceutiques hors brevet et spécialités génériques:

La spécialité pharmaceutique qui a été achetée à l'étranger entre en ligne de compte pour l'intervention de l'assurance à condition qu'aussi bien sa dénomination commune internationale (DCI) que ses caractéristiques soient exactement identiques ou considérées comme étant identiques à une spécialité remboursable en Belgique.

Pour être considéré comme étant identique, cette spécialité doit satisfaire aux critères suivants:

- * contenir les mêmes principes actifs,
- * dans la même dose,
- * sous une forme pharmaceutique similaire,
- * dans la même association.

Sont considérés comme forme pharmaceutique similaire:

- * les comprimés, capsules et poudres en sachet,
- * les crème, pommade, pâte et gel,
- * les sirop, suspension, émulsion et solution à usage interne et externe (les produits injectables et les produits administrés par voie parentérale ne sont pas considérés comme des solutions).

Les règles suivantes seront appliquées pour le calcul de la base de remboursement:

i) *Sur la base du prix de vente au public en vigueur à l'étranger.*

Si le prix par unité de prise du conditionnement étranger, calculé à partir du prix de vente au public est inférieur ou égal au prix par unité de prise calculé à partir du prix de vente au public de la taille du conditionnement remboursable en Belgique qui se rapproche le plus de la taille du conditionnement étranger.

ii) *Sur la base du prix de vente au public, calculé à partir du prix belge par unité de prise.*

Si le prix par unité de prise du conditionnement étranger, calculé à partir du prix de vente au public est supérieur au prix par unité de prise calculé à partir du prix de vente au public de la taille du conditionnement étranger.

Le calcul du remboursement est effectué au taux de prise en charge selon les catégories dans lesquelles les spécialités sont classées appliqué au prix acquitté, sans pouvoir dépasser le montant ayant pu découler du remboursement pour le médicament identique ou similaire acheté en Belgique.

Sur la facture acquittée du fournisseur étranger doivent apparaître les mentions et indications permettant d'identifier la spécialité et le conditionnement dont il s'agit. A cette facture doit être obligatoirement jointe l'ordonnance médicale originale ou une copie certifiée conforme par le prestataire.

C. PARTICULARITES FRONTALIERES

1. Ces principes sont également applicables aux travailleurs frontaliers et aux membres de leur famille, pour des soins à charge de l'assurance soins de santé belge.

Les dispositions du Règlement (CEE) 1408/71 et des conventions bilatérales spécifiques aux situations du travailleur frontalier demeurent néanmoins intégralement d'application ce qui entraîne que la procédure Kohll-Decker ne peut être envisagée pour des soins obtenus sur le territoire de l'Etat d'emploi.

Le même raisonnement sera suivi pour les membres de famille du travailleur frontalier lorsque ceux-ci bénéficient d'un droit identique à celui dévolu au travailleur frontalier.

Cela a aussi pour effet que l'assuré inscrit en Belgique au moyen d'un formulaire d'ouverture de droit (E.106 ou assimilé) émis par une caisse étrangère, et qui a été intentionnellement se faire soigner dans un Etat de l'Union européenne autre que celui émetteur du formulaire en se réclamant de la jurisprudence Kohll-Decker, devra adresser ses factures à la caisse émettrice du document d'ouverture du droit dans les situations où c'est cette caisse qui reste compétente pour les situations de séjour ou de déplacement pour l'obtention de soins programmés et à qui il incombe dès lors la prise en charge financière directe des prestations reçues dans un tel contexte.

2. En cas de demande de délivrance d'un formulaire E.112, l'autorisation de se faire soigner à l'étranger peut cependant être accordée, sans qu'aucune justification doive apparaître dans le dossier de l'intéressé, mais dans le respect des conditions relatives à la mention de l'établissement de soins et/ou du médecin-spécialiste et à la prévision de la période de traitement, aux bénéficiaires:
 - a) qui habitent la zone frontalière large de 15 km et qui se font hospitaliser ou dialyser dans un établissement situé en dehors du territoire national à une distance maximale de 25 km de la frontière séparant le pays étranger de la zone où habite le bénéficiaire concerné.
La limite de la zone frontalière de 15 km est portée à l'étendue des cantons d'Eupen, Malmédy et St. Vith, aux cantons d'Arlon et de Messancy, aux arrondissements administratifs de Virton et de Bastogne, aux communes de Mellier, Léglise, Ebly, Juseret, Vitry et Anlier, aux cantons de Bouillon, Chimay, Couvin et Gedinne;
 - b) qui habitent dans les zones frontalières citées au point a. alinéa 2 ci-dessus et qui ont recours à des soins ambulatoires prestés par un médecin-spécialiste en neuro-psychiatrie, ou par un médecin-spécialiste en radio et radiumthérapie ou en médecine nucléaire, ainsi qu'à des examens radiologiques par scanner.

ANNEXE

Liste reprenant les prestations pour lesquelles une prise en charge n'est pas possible sans obtention d'une autorisation préalable**1. Soins dispensés dans des services médicaux et services médico-techniques au sens de l'article 44 de la Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 :**

- soins à recevoir dans un service de radiothérapie;
- soins à recevoir dans un service où est installé un tomographe à résonance magnétique avec calculateur intégré;
- soins à recevoir dans un service de médecine nucléaire où est installé un scanner PET;
- soins à recevoir dans un centre de génétique humaine;
- soins à recevoir dans un centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique;
- soins à recevoir dans un centre de transplantation;
- soins à recevoir dans un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse.

2. Soins dispensés dans un programme de soins au sens de l'article 9 quater de la Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987

- le programme de soins « médecine de reproduction » tel que défini à l'article 2, §1^{er}, de l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « médecine de la reproduction » doivent répondre pour être agréées ;
- les programmes de soins « pathologie cardiaque B, T et C » tels que définis aux chapitres III, VI et VII de l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés.

3. Hospitalisation de jour chirurgicale

Les prestations reprises au sein de la liste A (codes INAMI retenus à l'identification de l'hospitalisation de jour réalisée) figurant à l'annexe 3 à l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

**Circulaire O. A. 97/ 156 du 14 avril 1997
de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)**

(...)

III. Prestation en nature en cas de maternité en application de l'article 22 du Règlement (CEE) 1408/71

Lors de la 254^e session de la Commission Administrative, un consensus s'est dégagé pour une interprétation large de l'article 22.1, point c du Règlement (CEE) 1408/71, en faveur des femmes enceintes souhaitant accoucher dans un autre Etat Membre pour des raisons personnelles.

Il en résulte qu'à partir du 2 octobre 1996 dans le cas où le motif du séjour se fonde sur des raisons autres que médicales, la possibilité de recevoir dans un autre Etat membre les soins liés à un accouchement relève d'une décision administrative de l'organisme assureur qui la concrétisera par la délivrance d'un formulaire E 112.

3. Législation française

Extraits du Code de la Sécurité Sociale (Partie Législative)

Article L332-3

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 55 XII 1° Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004 art. 5 Journal Officiel du 17 avril 2004)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 58 VIII Journal Officiel du 17 août 2004)

Sous réserve des conventions et des règlements internationaux et de l'article L. 766-1, lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes des assurances maladie et maternité ne sont pas servies.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles des dérogations peuvent être apportées au principe posé à l'alinéa précédent dans le cas où l'assuré ou ses ayants droit tombent malades inopinément au cours d'un séjour hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état. Ce décret fixe également les adaptations nécessaires à la prise en charge des soins lorsque ceux-ci sont dispensés dans un Etat membre de l'union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Ce décret peut également prévoir les modalités selon lesquelles le service des prestations en nature est confié à un ou plusieurs organismes agissant pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Extraits du Code de la Sécurité Sociale (Partie Réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat)

Article R332-2

(Décret n° 2005-386 du 19 avril 2005 art. 1, art. 2 Journal Officiel du 27 avril 2005)

Les caisses d'assurance maladie peuvent procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen aux assurés sociaux et aux membres de leur famille qui sont tombés malades inopinément, sans que celui-ci puisse excéder le montant du remboursement qui aurait été alloué si les intéressés avaient reçu les soins en France.

Lorsque les malades assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, les conventions intervenant entre les organismes de sécurité sociale d'une part, et certains établissements de soins à l'étranger d'autre part, peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour des intéressés dans lesdits établissements, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

Indépendamment des cas prévus à l'alinéa ci-dessus, les caisses d'assurance maladie peuvent, à titre exceptionnel, et après avis favorable du contrôle médical, procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen à un assuré social ou ayant droit d'assuré social, lorsque celui-ci aura établi qu'il ne pouvait recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état.

Article R332-3

(inséré par Décret n° 2005-386 du 19 avril 2005 art. 3 Journal Officiel du 27 avril 2005)

Les caisses d'assurance maladie procèdent au remboursement des frais des soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré et sous réserve des adaptations prévues aux articles R. 332-4 à R. 332-6.

Article R332-4

(inséré par Décret n° 2005-386 du 19 avril 2005 art. 3 Journal Officiel du 27 avril 2005 et rectificatif JORF 18 juin 2005)

Hors l'hypothèse de soins inopinés, les caisses d'assurance maladie ne peuvent procéder que sur autorisation préalable au remboursement des frais des soins hospitaliers ou nécessitant le recours aux équipements matériels lourds mentionnés au II de l'article R. 712-2 du code de la santé publique dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et appropriés à leur état.

Cette autorisation ne peut être refusée qu'à l'une des deux conditions suivantes :

1. Les soins envisagés ne figurent pas parmi les soins dont la prise en charge est prévue par la réglementation française ;

2. Un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en temps opportun en France, compte tenu de l'état du patient et de l'évolution probable de son affection.

L'assuré social adresse la demande d'autorisation à sa caisse d'affiliation. La décision est prise par le contrôle médical. Elle doit être notifiée dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines après la réception de la demande, En l'absence de réponse à l'expiration de ce dernier délai, l'autorisation est réputée accordée.

Les décisions de refus sont dûment motivées et susceptibles de recours dans les conditions de droit commun devant le tribunal des affaires de sécurité sociale compétent. Toutefois, les contestations de ces décisions, lorsqu'elles portent sur l'appréciation faite par le médecin-conseil de l'état du malade, du caractère approprié à son état des soins envisagés ou du caractère identique ou d'un même degré d'efficacité du ou des traitements disponibles en France, sont soumises à expertise médicale dans les conditions prévues par le chapitre Ier du titre IV du livre Ier du présent code.

Article R332-5

(inséré par Décret n° 2005-386 du 19 avril 2005 art. 3 Journal Officiel du 27 avril 2005)

Des conventions passées entre les organismes de sécurité sociale et certains établissements de soins établis dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour dans ces établissements de malades assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux qui ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

Les assurés sociaux qui bénéficient de ces conventions sont dispensés, lorsqu'il s'agit de soins hospitaliers, d'autorisation préalable.

Article R332-6

(inséré par Décret n° 2005-386 du 19 avril 2005 art. 3 Journal Officiel du 27 avril 2005)

Les frais d'analyses et d'examens de laboratoire, effectués par un laboratoire d'analyses de biologie médicale établi sur le territoire d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, sont remboursés dès lors que ce laboratoire a été autorisé à exercer son activité pour le compte d'assurés d'un régime français dans les conditions prévues à l'article L. 6211-2-1 du code de la santé publique.

4. Convention internationale

Accord cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière

Le Gouvernement de la République française d'une part,

Le Gouvernement du Royaume de Belgique d'autre part,

ci-après dénommés les Parties,

Conscients de la tradition de mobilité des populations entre la France et la Belgique, ainsi que de la mise en place des différents projets de coopération transfrontalière,

Conscients des enjeux d'amélioration permanente de la qualité des soins et de l'organisation des systèmes de soins,

Désireux de jeter les bases d'une coopération sanitaire transfrontalière approfondie entre la France et la Belgique afin d'améliorer l'accès aux soins et de garantir leur continuité pour les populations de la zone frontalière,

Désireux de simplifier les procédures administratives et financières, en tenant compte des dispositions du droit et de la jurisprudence communautaires,

Décidés à faciliter et à promouvoir cette coopération par la conclusion de conventions de coopération, dans le respect du droit interne et des engagements internationaux des Parties,

Sont convenus de ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet de préciser le cadre juridique dans lequel s'inscrit la coopération sanitaire transfrontalière entre la France et la Belgique dans la perspective :

- d'assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière,
- de garantir une continuité des soins à ces mêmes populations
- d'optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels,
- de favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques.

Article 2

Champ d'application

1. Le présent accord est applicable à la zone frontalière suivante :

- a) en République française, à la région Champagne-Ardenne, à la région Lorraine, à la région Nord-Pas-de-Calais et à la région Picardie ;

- b) dans le Royaume de Belgique, aux arrondissements frontaliers de Veurne, Ieper, Kortrijk, Mouscron, Tournai, Ath, Mons, Thuin, Philippeville, Dinant, Neufchâteau, Virton et Arlon ;
2. Les autorités compétentes en matière d'organisation de l'accès aux soins et de sécurité sociale mettent en œuvre le présent accord.
3. Le présent accord s'applique à toute personne pouvant bénéficier des prestations de l'assurance maladie de l'une des Parties, et résidant ou séjournant temporairement dans la zone frontalière visée au paragraphe 1^{er}.

Article 3

Conventions de coopération sanitaire

1. Pour l'application du présent accord, les deux Parties désignent dans l'arrangement administratif visé à l'article 8, les personnes ou autorités qui peuvent conclure, dans leur domaine de compétence interne, des conventions de coopération.
2. Ces conventions organisent la coopération entre des structures et ressources sanitaires situées dans la zone frontalière, y ayant un point d'ancrage ou faisant partie d'un réseau intervenant dans cette zone. Elles peuvent prévoir à cette fin des complémentarités entre structures et ressources sanitaires existantes, ainsi que la création d'organismes de coopération ou de structures communes.
3. Ces conventions prévoient les conditions et les modalités obligatoires d'intervention des structures de soins, des organismes de sécurité sociale et des professionnels de santé, ainsi que de prise en charge des patients. Ces conditions et modalités concernent, notamment, en fonction de l'objet, les domaines suivants :
- l'intervention transfrontalière des professionnels de santé, notamment ses aspects statutaires
 - l'organisation du transport sanitaire des patients ;
 - la garantie d'une continuité des soins incluant en particulier l'accueil et l'information des patients ;
 - les critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins ;
 - les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre des coopérations.
4. Les conventions déjà existantes doivent se conformer au présent accord selon les modalités définies dans l'arrangement administratif visé à l'article 8.

Article 4

Franchissement de la frontière commune

En lien avec les autorités compétentes en la matière, les Parties prennent toutes mesures éventuellement nécessaires en vue de faciliter le franchissement de la frontière commune pour la mise en œuvre du présent accord.

Article 5

Prise en charge par un régime de sécurité sociale

1. Les dispositions des règlements C.E. relatifs à la coordination des régimes de sécurité sociale sont applicables pour la mise en œuvre des conventions de coopération.
2. Lorsqu'une autorisation préalable est requise pour recevoir des soins dans la zone frontalière, les conventions de coopération prévoient que cette autorisation est délivrée automatiquement par l'institution de sécurité sociale compétente.

3. Toutefois, les conventions de coopération qui prévoient une prise en charge directe par l'institution compétente des soins reçus dans les conditions visées au paragraphe 2 de l'article 3, peuvent prévoir, en cas de besoin, une tarification spécifique des actes et des soins selon les modalités définies dans l'arrangement administratif visé à l'article 8.

Article 6 Responsabilité

1. Le droit applicable en matière de responsabilité médicale est celui de l'Etat sur le territoire duquel ont été prodigués les soins.

2. Une obligation d'assurance responsabilité civile qui couvre les éventuels dommages qui pourraient être causés par leur activité dans le cadre de la coopération sanitaire transfrontalière, est imposée aux professionnels de santé et aux établissements et services de santé dispensant des soins dans le cadre d'une convention de coopération.

Article 7 Commission mixte

1. Une commission mixte composée des représentants des autorités compétentes nationales en matière d'organisation de l'accès aux soins et de sécurité sociale de chaque Partie, est chargée de suivre l'application du présent accord et d'en proposer les éventuelles modifications. Elle se réunit une fois par an et, en tant que de besoin, à la demande de l'une ou l'autre Partie.

2. Les difficultés relatives à l'application ou à l'interprétation du présent accord sont réglées par ladite commission mixte.

3. Chaque année, la commission mixte élabore, sur base des éléments fournis notamment par les autorités mentionnées à l'article 3, un rapport d'évaluation sur la mise en œuvre du dispositif de coopération.

Article 8 Arrangement administratif

Un arrangement administratif, arrêté par les autorités nationales compétentes des Parties, fixe les modalités d'application du présent accord.

Article 9 Entrée en vigueur

Chaque Partie notifie à l'autre l'accomplissement des formalités internes nécessaires à l'entrée en vigueur du présent accord. Celui-ci entre en vigueur au premier jour du deuxième mois suivant la date de réception de la dernière de ces notifications.

Article 10 Durée et dénonciation

1. Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

2. Chaque Partie au présent accord peut le dénoncer à tout moment par notification écrite adressée à l'autre Partie par voie diplomatique. Cette dénonciation prend effet douze mois après ladite notification.

3. La dénonciation du présent accord ne préjuge pas du maintien en vigueur des conventions de coopération.

Fait à, Mouscron le 30 septembre, en deux exemplaires, en langue française et en langue néerlandaise, les deux textes faisant également foi.

Arrangement administratif général relatif aux modalités d'application de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique relatif à la coopération sanitaire transfrontalière signé le 30 septembre 2005

Conformément aux dispositions de l'article 8 de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique, signé le 30 septembre 2005, ci-après désigné comme l'« accord-cadre », les autorités nationales compétentes, à savoir pour la France, le Ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale et pour la Belgique, le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et le Service Public Fédéral Sécurité Sociale, ont arrêté d'un commun accord les modalités d'application suivantes.

Article 1^{er} *Désignation*

En application de l'article 3 § 1 de l'accord-cadre, les personnes et autorités qui peuvent conclure des conventions de coopération sanitaire sont :

- Pour la France, la ou les Directions régionales ou départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS ou DDASS), la ou les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) définies aux articles L. 6115-1 et suivants du code de la santé publique, ainsi que la ou les Unions régionales des Caisse d'assurance maladie (URCAM) définies aux articles L.183-1 et suivants du code la sécurité sociale, dans le cadre de leurs compétences.
- Pour la Belgique, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins tels que respectivement repris à l'article 2 a), i) et n) de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Article 2 *Notification préalable*

Pour la Belgique, en cas de non présence des autorités nationales compétentes durant la négociation d'une convention de coopération sanitaire, il existe, à leur égard, une obligation de notification préalable du projet de convention avant toute signature, à peine de nullité.

Article 3 *Conditions et modalités d'intervention des structures de soins et des organismes de sécurité sociale*

En application de l'article 3 § 3 de l'accord-cadre et sans préjudice des réglementations nationales existantes, les critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins portent en particulier sur :

- Une politique de qualité en matière de gestion des risques, notamment sur :
 - l'ensemble des vigilances
 - la distribution du médicament
 - la transfusion sanguine
 - l'anesthésie
 - la gestion des risques iatrogènes et des infections nosocomiales
- L'actualisation des connaissances des professionnels de santé

- La transmission des informations médicales relatives aux patients
- La prise en charge de la douleur

En tout état de cause, les conventions précisent la méthodologie associée à la mutualisation des bonnes pratiques.

Article 4

Délai de mise en conformité des conventions antérieures

En application de l'article 3 § 4 de l'accord-cadre, les conventions de coopération sanitaire antérieures à la date d'entrée en vigueur de l'accord-cadre sont, si nécessaire, modifiées dès que possible et au plus tard un an après la date d'entrée en vigueur de l'accord-cadre. A défaut, elles ne produiront plus d'effets au delà de ce délai.

Article 5

Modalités de prise en charge par un régime de sécurité sociale

En application de l'article 5 de l'accord-cadre, les soins reçus dans le cadre d'une convention de coopération sont pris en charge par l'institution compétente selon trois modalités en fonction des situations :

- sur la base des tarifs du lieu des soins, dans le cadre des règlements CE relatifs à la coordination des régimes de sécurité sociale et lorsque l'assuré peut présenter au prestataire de soins un document communautaire attestant l'ouverture de ses droits ;
- sur la base des tarifs de l'Etat d'affiliation, dans le cadre de la prise en charge de soins pouvant être obtenus en application de la jurisprudence « Kroll et Decker » ;
- sur la base de tarifs spécifiques négociés entre les autorités signataires de la ou des conventions de coopération sanitaire, à avaliser par les autorités nationales compétentes.

Article 6

Entrée en vigueur de l'arrangement

En application de l'article 8 de l'accord-cadre, le présent arrangement prend effet à la date d'entrée en vigueur de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République Française et le Gouvernement du Royaume de Belgique.

En foi de quoi, les soussignés, dûment autorisés à cet effet par leur Gouvernement, ont signé le présent arrangement.

Fait à, Mouscron, le 30 septembre 2005, en deux exemplaires, en langue française et en langue néerlandaise, les deux textes faisant également foi.

**Extraits de la convention entre le Royaume de Belgique et le
Grand-Duché de Luxembourg sur la sécurité social des travailleurs
frontaliers. (M.B. 07-06-1995)**

(...)

Article 6

1. L'ancien travailleur frontalier, qui est titulaire d'une pension au titre de la législation d'une seule Partie contractante et qui réside sur le territoire de l'autre Partie contractante, peut également obtenir les prestations sur le territoire de la Partie contractante débitrice de la pension, pour autant qu'il n'ait pas droit aux prestations au titre de la législation de l'Etat de résidence du fait de l'exercice d'une activité professionnelle. Ces prestations sont servies par l'institution de la Partie contractante débitrice de la pension selon les dispositions de la législation qu'elle applique et sont à sa charge comme si le titulaire résidait sur le territoire de cette Partie.

2. L'ancien travailleur frontalier, qui est titulaire d'une pension au titre de la législation des deux Parties contractantes et qui réside sur le territoire de l'une des Parties, peut également obtenir les prestations sur le territoire de la Partie contractante autre que celle de sa résidence, pour autant qu'il n'ait pas droit aux prestations du fait de l'exercice d'une activité professionnelle. Ces prestations sont servies par l'institution de la Partie contractante autre que celle de résidence selon les dispositions de la législation qu'elle applique et sont à charge de l'institution compétente du pays de résidence.

3. Les dispositions des §§ 1^{er} et 2 sont applicables par analogie aux membres de la famille du titulaire de pension visé aux §§ 1^{er} et 2 ainsi qu'à ses survivants.

C. Les coopérations transfrontalières franco belges

Intitulé	Partenaires	Objet	Etat d'avancement
Dialyse / Maladies infectieuses	CH de Tourcoing et de Mouscron, AM	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Accueil de patients français insuffisants rénaux chroniques au CH de Mouscron ◦ Accueil de patients belges en consultation ou hospitalisation de jour dans le service des Maladies infectieuses du CH de Tourcoing 	En vigueur depuis <u>juin 1995</u>
IRM / Scintigraphie	CH de Tourcoing et de Mouscron, AM, ARH	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utilisation de l'IRM de Tourcoing par les médecins belges pour leurs patients. ◦ Examens de scintigraphie à Mouscron pour les patients français. 	En vigueur depuis le <u>1^{er} novembre 2004</u>
Urologie	CH de Tourcoing, de Roubaix et de Mouscron, AM, ARH	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Consultations et chirurgie conventionnelle à Tourcoing par les médecins belges. ◦ Lithotripsie au CH de Mouscron ◦ Chirurgie lourde à Roubaix. 	En vigueur au <u>1^{er} mars 2005</u> entre les CH de Tourcoing et de Mouscron.
Soins intensifs	CH de Maubeuge et de Mons, AM, ARH	Accueil de patients en soins intensifs par manque de place.	En vigueur au <u>1^{er} octobre 2004</u>
Médecine, chirurgie, obstétrique, spécialités coûteuses (Soins Intensifs, cardiologie, néphrologie, gastro-entérologie, réanimation polyvalente)	CH de Charleville-Mézières et de Dinant, CPAM des Ardennes, ARH	Assurer à la population des cantons de Givet et de Fumay un accès aux soins hospitaliers dans un délai raisonnable et dans les mêmes conditions de prise en charge que sur le territoire français, à la suite de la fermeture de la maternité de Revin et de l'arrêt de l'activité chirurgicale de la clinique de Givet.	En vigueur en <u>juillet 2004</u>
Dialyse	CHR Jan Yperman, CPAM d'Armentières	Accueil de patients français au CHR J. Yperman.	Depuis <u>2000</u>
Déclaration de coopération interhospitalière (projet LUXLORSAN).	Association Hospitalière du Bassin de Longwy, CH de Luxembourg (L), Cliniques du Sud Luxembourg (B)	Convention cadre permettant la mise en place de filières de soins entre les différents secteurs hospitaliers des établissements concernés	Convention signée le <u>16 juin 2004</u>
Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontalier	Centre de Santé des Fagnes à Chimay, CH du Pays d'Avesnes,	Offre de soins des huit établissements accessibles : <i>Versant français</i> : aux affiliés de la CPAM de Maubeuge	Convention CNAMTS-INAMI

(ZOAST)	Hôpital Départemental de Felleries Liessies, CH de Fourmies, CH Brisset à Hirson, Hôpital du Nouvion en Thiérache, CH de Vervins, Polyclinique de la Thiérache à Wignehies	<p>habitant les communes de Trelon, Avesnes Helpe, Avesnes Nord, Avesnes Sud et aux affiliés de la CPAM de Saint Quentin habitant les communes de Vervins, Aubanton, Hirson, Le Nouvion, La Capelle</p> <p><u>Versant belge</u> : aux assurés sociaux belges habitant les communes de Sivry-Rance, Momignies, Chimay, Couvin, Viroinval, Cerfontaine et Froidchapelle</p> <p>Utilisation des cartes Vitale en Belgique et SIS en France.</p>	mise en œuvre en <u>mai 2000</u> et pérenne depuis le <u>22/11/2002</u> .
----------------	--	--	---

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
PARTIE I : LA REGLEMENTATION	9
I. LE DROIT COMMUNAUTAIRE	9
A. LE CADRE LÉGISLATIF	9
1. <i>Le droit primaire</i>	9
Le traité instituant la Communauté européenne (ancien Traité de Rome)	9
La charte des droits fondamentaux de l'Union européenne	11
Le traité établissant une Constitution pour l'Europe 2004	11
2. <i>Le droit dérivé</i>	12
Le règlement CE 1408/71 du Conseil relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté	12
Le règlement CE 574/72 du Conseil fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n°1408/71	16
Le règlement CE 883/2004 du Parlement et du Conseil portant coordination des systèmes de sécurité sociale	18
La proposition de règlement d'application.....	20
La proposition de directive du Parlement et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur.....	20
B. LA JURISPRUDENCE DE LA COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES	22
II. LES ORDRES JURIDIQUES NATIONAUX	34
A. LA BELGIQUE.....	34
1. <i>Le système</i>	34
2. <i>Le cadre législatif de la prise en charge des soins en Europe</i>	35
Législation nationale	35
La loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994.....	35
La circulaire OA n° 2006/117 du 16 mars 2006	35
Conventions bilatérales	36
B. LA FRANCE	37
1. <i>Le système</i>	37
2. <i>Le cadre législatif de la prise en charge des soins en Europe</i>	39
La circulaire DSS/DACI/2005/275 du 27 mai 2005 relative aux conditions d'inscription dans le parcours de soins des assurés d'un régime étranger recevant des soins en France et des assurés d'un régime français recevant des soins à l'étranger	39
Le décret n°2005-386 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale et la circulaire du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille du 19 mai 2005 y afférente.....	39
III. LA COOPERATION TRANSFRONTALIERE.....	40
A. LE GROUPEMENT EUROPÉEN D'INTÉRÊT ÉCONOMIQUE (GEIE)	40
B. L'ACCORD-CADRE FRANCO BELGE DE COOPÉRATION SANITAIRE ET SON ARRANGEMENT ADMINISTRATIF	41
C. L'ACCORD-CADRE FRANCO ALLEMAND SUR LA COOPÉRATION SANITAIRE TRANSFRONTALIÈRE.....	42
D. L'ACCORD-CADRE BELGO BRITANNIQUE DU 3 FÉVRIER 2003	43
PARTIE II : LES PROCEDURES A APPLIQUER.....	47
I. SÉJOUR TEMPORAIRE : CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR LA CARTE EUROPÉENNE D'ASSURANCE MALADIE (CEAM)	47
A. DÉLIVRANCE ET DURÉE DE VALIDITÉ	47
B. SOINS COUVERTS	48
C. PROCÉDURE DE REMBOURSEMENT	49
II. SOINS PROGRAMMÉS.....	50
A. LA VOIE DU RÈGLEMENT EUROPÉEN N°1408/71 : LE FORMULAIRE E112.....	50
B. LA VOIE OUVERTE PAR LA JURISPRUDENCE KOHLL ET DECKER	52
1. <i>En France</i>	52

2. <i>En Belgique</i>	53
3. <i>Au Grand-Duché de Luxembourg</i>	53
C. LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE.....	55
1. <i>Les conventions interhospitalières transfrontalières</i>	55
2. <i>La Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST)</i>	56
3. <i>L'accord-cadre franco belge de coopération sanitaire</i>	57
D. L'EXTENSION DU CHAMP D'APPLICATION TERRITORIAL D'UN PAYS.....	58
III. LE TRAVAILLEUR FRONTALIER.....	60
A. LE FORMULAIRE E106.....	60
B. LA CONVENTION BELGO LUXEMBOURGEOISE.....	60
C. PARTICULARITÉ DU STATUT BELGE DE TRAVAILLEUR INDÉPENDANT.....	61
D. PARTICULARITÉ DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉ EN FRANCE.....	61
E. PARTICULARITÉ DES RÉSIDENTS DE CERTAINS DÉPARTEMENTS FRANÇAIS.....	61
IV. SOINS DANS LE PAYS DE RÉSIDENCE.....	62
A. LE FORMULAIRE E121.....	62
B. PARTICULARITÉS BELGES.....	63
1. <i>Le régime des anciens travailleurs indépendants</i>	63
2. <i>La convention belgo luxembourgeoise</i>	63
CONCLUSION.....	65
BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCES INTERNET.....	67
ANNEXES.....	71
A. LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	72
B. RÉFÉRENCES LÉGISLATIVES.....	74
1. <i>Législation de l'Union européenne</i>	74
2. <i>Législation belge</i>	79
3. <i>Législation française</i>	87
4. <i>Convention internationale</i>	90
C. LES COOPÉRATIONS TRANSFRONTALIÈRES FRANCO BELGES.....	97
TABLE DES MATIERES.....	99

