

DÉCRYPTAGE

N°9
AVRIL 2012

ÉTUDES ET ANALYSES DU CLEISS

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE

SOMMAIRE

CHAMP DE L'ÉTUDE

1

CIRCUIT DES DÉPENSES

2

LES SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS VISÉS PAR UNE CONVENTION BILATÉRALE

3

LES SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS UN PAYS TIERS

5

GLOSSAIRE

8

RÉFÉRENCES

8




Audrey Leseurre,
Jean-Paul Le Tertre
decryptage@cleiss.fr

CLEISS
11, rue de la Tour des Dames
75436 Paris Cedex 09
www.cleiss.fr

LES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ EN 2010 DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES PAYS HORS UE-EEE



Cette étude porte sur les soins de santé dispensés à l'étranger, en 2010, à des assurés des régimes français. Deux situations peuvent se présenter :

1 L'assuré est visé dans le champ personnel d'une convention bilatérale signée avec la France où les risques maladie, maternité, accidents du travail – maladies professionnelles sont couverts . Il s'agit des ressortissants de l'un des deux Etats signataires de la convention qui peuvent percevoir des prestations en nature servies par l'institution du lieu de séjour au titre des :

- **Soins inopinés** c'est-à-dire imprévus, imprévisibles au cours d'un séjour temporaire à l'occasion des congés payés (Algérie, Maroc, Tunisie, Turquie, Serbie...). Dans ce cas, le Cleiss rembourse sous forme de **forfait** l'institution du lieu de séjour. Cette situation concerne également les travailleurs des régimes français détachés dans les pays étrangers et qui, dans le cadre de la convention, ont choisi de faire prendre en charge leurs soins par le régime local d'assurance maladie, ces prestations étant ensuite remboursées sous forme de **factures** par le Cleiss à l'institution du lieu de séjour.
- **Soins programmés** au titre de la maladie, de la maternité ou des accidents du travail lorsque l'assuré est autorisé à poursuivre ses soins dans son pays d'origine. Ces prestations sont également remboursées sous forme de forfaits par le Cleiss à l'institution du lieu de séjour.
- **Soins liés à la résidence** se rapportant essentiellement à deux catégories de personnes : les membres de la famille résidant à l'étranger de travailleurs occupés en France et les pensionnés et rentiers des régimes français ainsi que les membres de

leurs familles résidant à l'étranger mais pour lesquels les prestations en nature de l'assurance maladie maternité sont à la charge des régimes français. Ces prestations sont également remboursées sous forme de forfaits par le Cleiss à l'institution du lieu de séjour.

Afin de simplifier l'étude, ces assurés apparaîtront sous le vocable « assurés visés par une convention bilatérale ».

2 L'assuré n'est pas visé dans le champ personnel de la convention ou la convention ne couvre pas les risques maladie, maternité, accidents du travail – maladies professionnelles  ou il n'existe pas de convention entre le pays des soins et la France . L'assuré doit régler la totalité du coût des soins et peut ensuite percevoir des remboursements au titre des :

- **Soins inopinés** au cours d'un séjour temporaire. A son retour en France, lorsqu'il présentera à sa caisse de Sécurité Sociale les justificatifs nécessaires à l'instruction de son dossier (formulaire S3125, prescriptions et factures), il pourra obtenir le remboursement des frais médicaux suite à l'application de l'article **R.332-2 (paragraphe 1)** du Code de la Sécurité Sociale. Le médecin conseil vérifiera que les conditions prévues par la réglementation française sont remplies eu égard notamment au caractère inopiné des soins et, s'il y a lieu, la caisse procédera au remboursement. Il s'agit donc d'un remboursement facultatif de la part des



caisses françaises et les dépenses peuvent être remboursées sur la base d'un forfait.

- **Soins programmés** : si les soins ne peuvent être prodigués en France, le médecin conseil peut, de manière exceptionnelle, donner son accord pour que ces derniers soient délivrés à l'étranger. Dans ce cas, l'assuré pourra obtenir le remboursement des frais médicaux dans le cadre de l'article R.332-2 (paragraphe 2 et 3). Il s'agit donc d'un remboursement facultatif de la part des caisses françaises et les dépenses peuvent être remboursées sur la base d'un forfait.
- **Soins prodigués aux travailleurs détachés** : cette situation concerne les travailleurs des régimes français détachés dans les pays étrangers. Le travailleur détaché par son employeur mais maintenu au régime obligatoire de la Sécurité Sociale française sera couvert sous réserve de fournir les justificatifs adéquats (formulaire S3124, prescriptions et factures) dans le cadre des articles L 761-1 et R 761-1 à R 761-6 du code de sécurité sociale.

Dans tous les cas, le montant remboursé ne pourra excéder celui alloué par l'institution française compétente, si les soins avaient été dispensés en France.

Afin de simplifier l'étude, les soins prodigués dans ces différents pays seront résumés sous le vocable « pays tiers ».

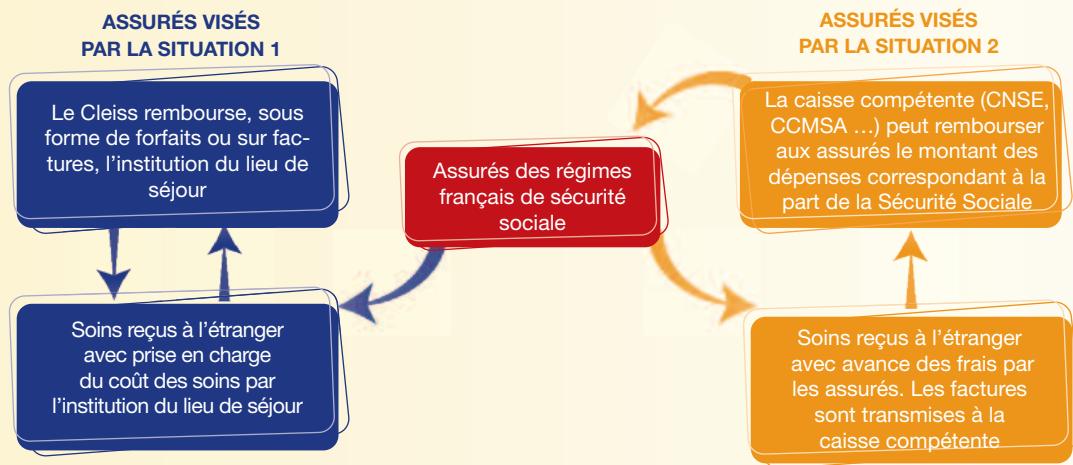
Exemple pour l'Algérie : un ressortissant algérien qui travaille en France et séjourne en Algérie va pouvoir bénéficier de la convention et faire prendre en charge ses dépenses au niveau local (il est dans la situation décrite au point 1). Les prestations seront, ensuite, remboursées par le Cleiss sous forme de forfaits à l'Algérie. En revanche, un

ressortissant de nationalité française qui séjourne en Algérie n'est pas visé par la convention franco-algérienne (il est dans la situation décrite au point 2). D'un point de vue juridique, cet assuré est dans le même cas de figure qu'un assuré ayant eu recours à des soins de santé dans un pays où le risque maladie n'est aucunement visé, que ce pays soit signataire ou non d'une convention bilatérale avec la France. Ainsi, il devra payer ses soins qui lui seront remboursés ensuite par sa caisse française.

Cette étude ne comprend aucune donnée relative aux soins dispensés à Monaco à des assurés des régimes français. En effet, la convention franco-monégasque conclue en 1952 offre depuis l'origine la particularité de permettre, contrairement aux règles de l'Union européenne et aux autres accords bilatéraux, l'application directe de la législation du régime d'affiliation de l'assuré pour les soins reçus à Monaco. Le principe retenu par l'article 11 de la convention modifiée est celui du remboursement dans les mêmes conditions, selon les mêmes taux de remboursement et dans les mêmes limites que si les soins avaient été délivrés en France. En conséquence, les modalités de remboursement des soins dispensés à l'étranger ne s'appliquent pas au remboursement des soins à Monaco, c'est l'organisme d'affiliation de l'assuré qui procède au règlement des factures. La CPAM de Nice, en sa qualité de Caisse de liaison Franco-Monégasque, a pu fournir les données suivantes qui concernent uniquement les dépenses d'hospitalisation ayant eu lieu dans les quatre établissements que compte Monaco (le Centre Hospitalier Princesse Grasse, le Centre Cardio-Thoracique, l'Institut Monégasque de Médecine du Sport, le Centre d'Hémodialyse privé). En 2010, les dépenses d'hospitalisation, tous régimes confondus, se sont élevées à 105,6 millions d'euros pour 16 775 séjours. ■

ENCADRÉ 1

CIRCUIT DES DÉPENSES DES SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS UN PAYS HORS UE-EEE



Source : Cleiss



Les soins de santé des assurés des régimes français visés par une convention bilatérale

En 2010, 213 664 assurés des régimes français se sont fait rembourser des dépenses de santé effectuées dans l'un des 8 pays sur 18 avec lesquels la France a signé une convention bilatérale qui couvre le risque maladie. Les remboursements effectués par le Cleiss s'élèvent à 87,96 millions d'euros soit un coût moyen de 412 euros par bénéficiaire.

TABLEAU 1

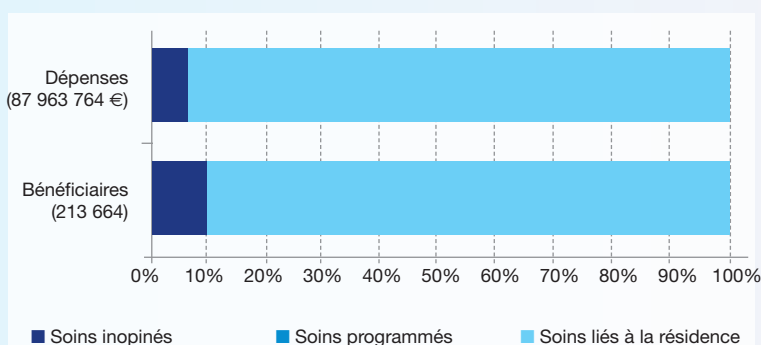
DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ EN 2010 DES ASSURÉS VISÉS PAR UNE CONVENTION BILATÉRALE

BÉNÉFICIAIRES	DÉPENSES	MONTANT MOYEN
213 664	87 963 764 €	412 €

Source : Cleiss

GRAPHIQUE 1

DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS VISÉS PAR UNE CONVENTION BILATÉRALE SELON LE TYPE DE SITUATION



Source : Cleiss

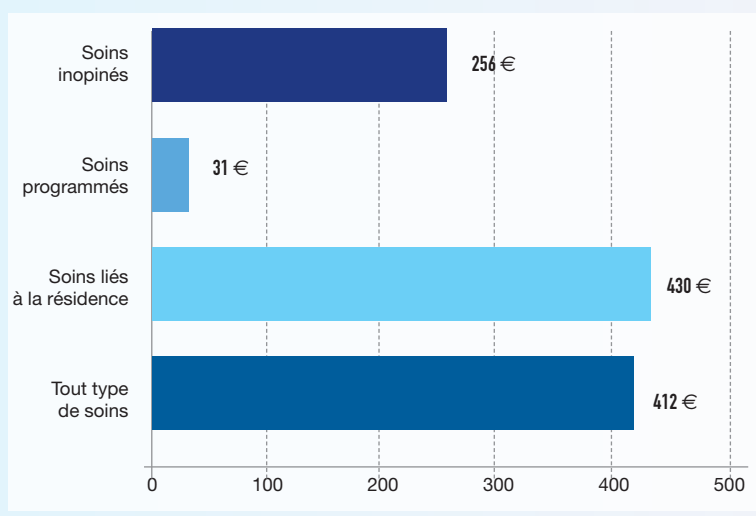
90% des assurés des régimes français ayant eu recours à des soins de santé dans un pays sous convention bilatérale ont reçu des soins liés à la résidence : le montant de ce type de soins représente près de 94% du coût total.

10% des bénéficiaires, pour 6% des dépenses, concernent des soins inopinés effectués au cours d'un séjour temporaire.

Les soins programmés ne représentent que 69 bénéficiaires pour un montant global de 2 139 euros.

GRAPHIQUE 2

COÛTS MOYENS DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS VISÉS PAR UNE CONVENTION BILATÉRALE SELON LE TYPE DE SITUATION



Source : Cleiss

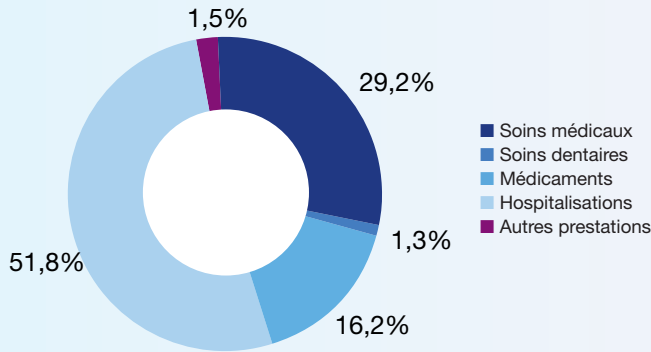
Les soins liés à la résidence ont le coût moyen le plus élevé (430 euros par bénéficiaire) mais ceci s'explique car la plupart sont remboursés sur forfaits et non sur factures.

Le faible coût moyen des soins programmés s'explique, en partie, car les assurés ont été autorisés à transférer temporairement leur résidence dans l'autre Etat non pas pour se faire soigner mais, au contraire, pour y passer leur convalescence.



GRAPHIQUE 3

DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS VISÉS PAR UNE CONVENTION BILATÉRALE SELON LA NATURE DES SOINS

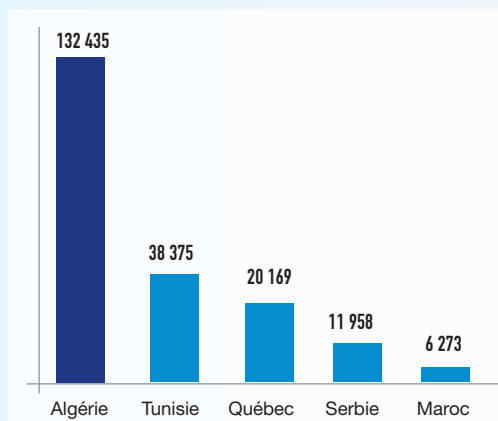


Un peu plus de la moitié des dépenses remboursées sur factures sont liées à une hospitalisation et 29% à des soins médicaux.

Note de lecture : cette répartition est connue uniquement pour les soins remboursés sur factures qui ne représentent que 8% des dépenses de soins de santé.
Source : Cleiss

ENCADRÉ 2

PRINCIPAUX BÉNÉFICIAIRES DES PAYS VISÉS PAR UNE CONVENTION BILATÉRALE



Source : Cleiss

Le nombre de bénéficiaires de soins de santé a dépassé 132 000 personnes en Algérie : il s'agissait de soins liés à la résidence qui concernaient principalement des retraités revenus dans leur pays d'origine et des familles de travailleurs restées au pays.

Pour les quatre autres pays, le nombre de bénéficiaires décroît de 38 375 en Tunisie à 6 273 au Maroc. En Tunisie et au Maroc, pour l'ensemble des bénéficiaires, les soins reçus sont également liés à la résidence.

Au Québec, la totalité des bénéficiaires a reçu des soins inopinés suite à un séjour temporaire. Il faut souligner que l'entente signée avec le Québec ne contient pas de disposition prévoyant le remboursement des soins des pensionnés et des familles de travailleurs restées au pays.

Le cas de la Serbie est un peu particulier : 97% des bénéficiaires ont reçu des soins liés à la résidence, et la quasi-totalité de ceux-ci ont été remboursés par sur forfaits suite à la commission mixte de novembre 2010 qui a permis d'apurer les comptes des 20 dernières années. On peut donc affirmer qu'en d'autres circonstances, la Serbie ne serait pas apparue dans le palmarès des bénéficiaires.

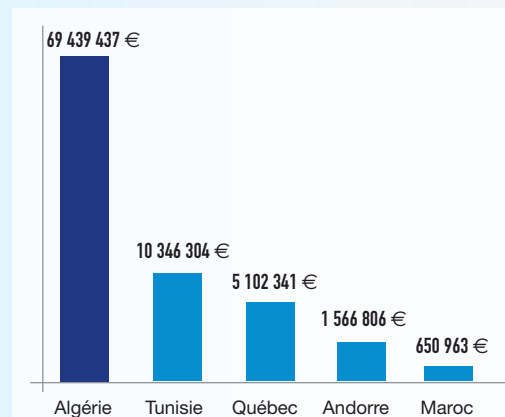
Comme pour le nombre de bénéficiaires, l'Algérie arrive en tête avec près de 70 millions d'euros remboursés, suivie de la Tunisie (10,3 millions d'euros). La quasi-totalité des remboursements pour ces deux pays ont été effectués sur forfaits suite aux commissions mixtes de juin 2010 qui ont permis, entre autre, d'apurer les comptes des années 2007 et 2008.

En 2010, le Cleiss a remboursé un peu plus de 5 millions d'euros au Québec au titre des soins inopinés lesquels ont, toutefois, été dispensés à des assurés des régimes français entre 2000 et 2007.

Enfin, les dépenses remboursées par le Cleiss au titre des soins liés à la résidence au Maroc avoisinent les 651 000 euros. L'ancienne convention marocaine en vigueur jusqu'au 31 mai 2011 ne couvrait au titre de la résidence que les familles habitants au Maroc de travailleurs occupés en France, ce qui explique la modicité des sommes en jeu. La nouvelle convention en vigueur depuis juin 2011 a par contre étendu son champ d'application personnel aux pensionnés, ce qui va provoquer une augmentation sensible des prestations servies par ce pays pour le compte de la France.

ENCADRÉ 3

PRINCIPALES DÉPENSES DES PAYS VISÉS PAR UNE CONVENTION BILATÉRALE



Source : Cleiss



Les soins de santé des assurés des régimes français dans un pays tiers

En 2010, 100 905 assurés des régimes français se sont fait rembourser des dépenses de soins de santé prodigués soit dans un pays hors UE-EEE avec lequel la France n'a pas signé de convention bilatérale, soit si convention il y a, celle-ci ne vise pas le risque maladie ou ne vise pas ce type d'assuré. Les remboursements effectués par les caisses compétentes (CNSE, CCMSA, CAVIMAC, SNCF) avoisinent 17,4 millions d'euros, soit un coût moyen par bénéficiaire de 173 euros.

Les soins de santé ont eu lieu dans 157 pays différents (49 pays d'Afrique, 46 en Asie, 41 en Amérique, 15 en Europe et 6 en Océanie) auxquels il faut ajouter les croisières maritimes qui ne sont, par définition, rattachées à aucun pays.

TABLEAU 2

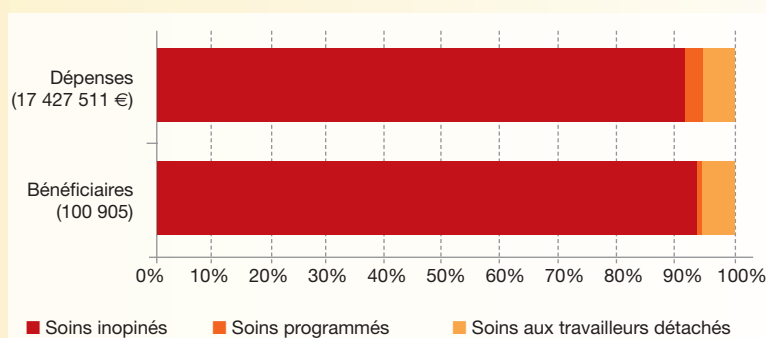
DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ EN 2010 DANS UN PAYS TIERS

BÉNÉFICIAIRES	DÉPENSES	MONTANT MOYEN
100 905	17 427 511 €	173 €

Note de lecture : seul le CNSE (régime général), la CCMSA (régime agricole) et la CAVIMAC (régime des cultes) ont fourni des données ; celles de la SNCF sont partielles.
Source : Cleiss

GRAPHIQUE 4

DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DANS UN PAYS TIERS SELON LE TYPE DE SITUATION



Source : Cleiss

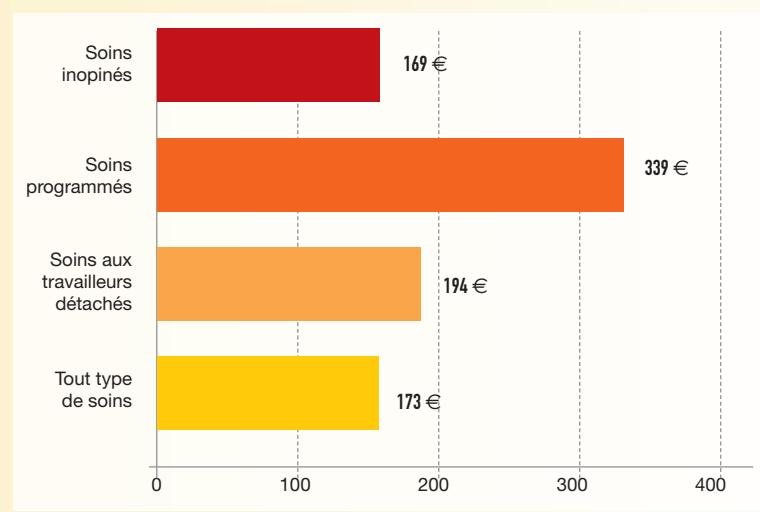
93% des assurés des régimes français qui ont eu recours à des soins de santé dans les pays tiers ont reçu des soins inopinés dispensés lors d'un séjour temporaire : le montant de ce type de soins représente 91% du coût total.

5% des bénéficiaires et 6% des dépenses concernent des travailleurs détachés et leurs ayants droit. Ces soins ont été délivrés principalement au Maroc, en Tunisie, aux Etats-Unis, en Chine et au Sénégal.

Les soins programmés ne représentent que 1 603 bénéficiaires (1,6%) pour un montant global de 543 169 euros (3,1%).

GRAPHIQUE 5

COÛTS MOYENS DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DANS UN PAYS TIERS SELON LE TYPE DE SITUATION



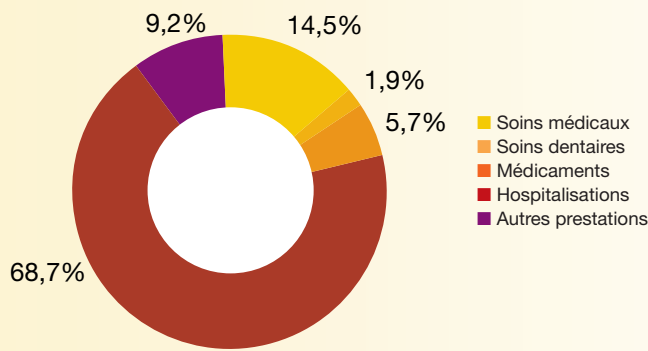
Source : Cleiss

Parce que les soins programmés sont, par nature, des interventions plus lourdes et plus techniques, ces soins ont un coût bien plus important (en moyenne 339 euros) que les autres types de soins.



GRAPHIQUE 6

DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DANS UN PAYS TIERS SELON LA NATURE DES SOINS

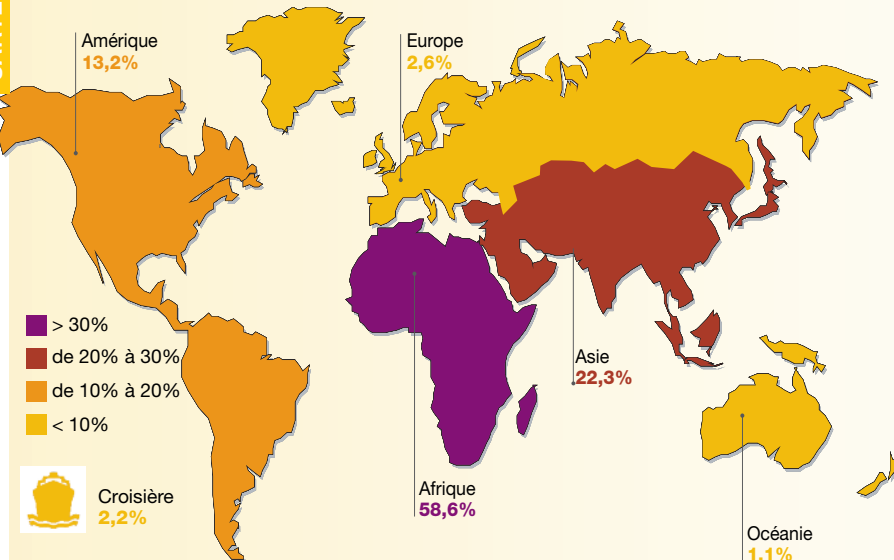


Source : Cleiss

Un peu plus de 2/3 des dépenses sont liées à une hospitalisation et 14% à des soins médicaux.

CARTE 1

LES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS DE SANTÉ DANS UN PAYS TIERS SELON LE CONTINENT

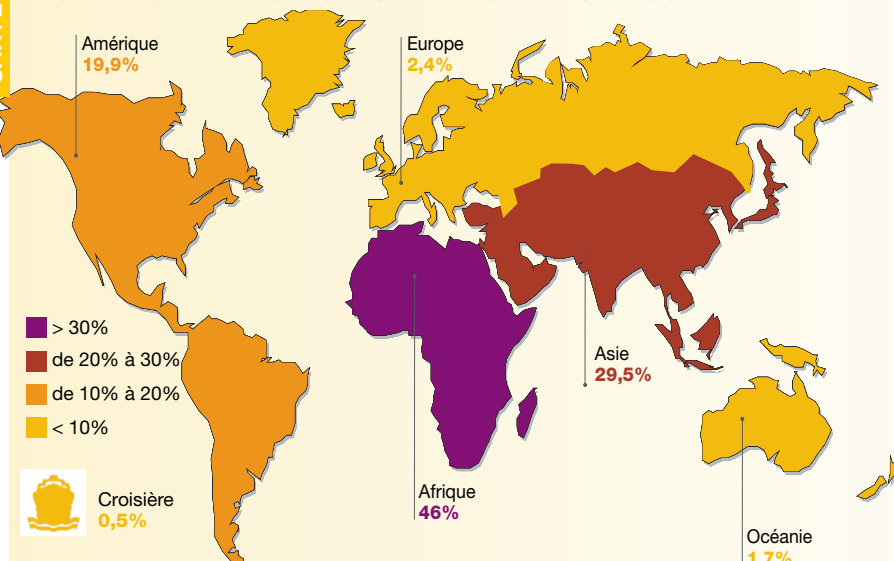


Source : Cleiss

Les assurés des régimes français ont eu recours à des soins de santé principalement en Afrique (59%), en Asie (22%) et en Amérique (13%). Un peu plus de 2% des bénéficiaires se sont fait soigner au cours d'une croisière : néanmoins, il faut souligner qu'une partie non négligeable de ces soins ont nécessité une hospitalisation sur terre ferme.

CARTE 2

LES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS DE SANTÉ DANS UN PAYS TIERS SELON LE CONTINENT



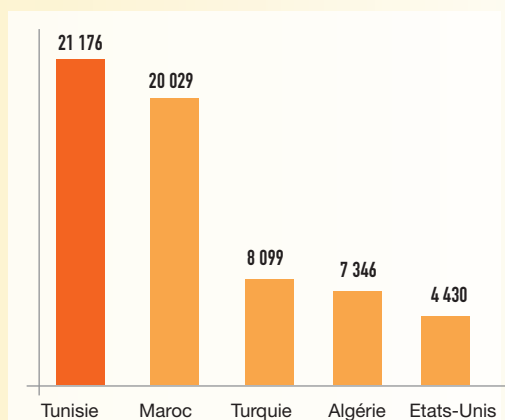
Concernant la répartition des dépenses, 46% du montant global des soins concernent des dépenses effectuées en Afrique : les soins pratiqués sur ce continent sont nettement moins coûteux que la moyenne (136 euros en moyenne par bénéficiaire). Les soins délivrés en Asie représentent 30% du coût total pour un coût moyen de 228 euros tandis que ceux prodigués en Amérique représentent 20% pour le coût moyen le plus élevé (261 euros par bénéficiaire).

En Europe (Albanie, Andorre, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Croatie, Gibraltar, Guernesey, Jersey, Macédoine, Moldavie, Monténégro, Russie, Saint-Marin, Serbie et Ukraine), le coût moyen des soins n'est que de 161 euros. Enfin, les dépenses réalisées lors d'une croisière s'élèvent en moyenne à 41 euros.



ENCADRÉ 4

PRINCIPAUX BÉNÉFICIAIRES DES PAYS TIERS



Source : Cleiss

Plus de 20 000 assurés des régimes français ont bénéficié de soins en Tunisie et au Maroc. Le nombre de bénéficiaires avoisine les 8 000 en Turquie et en Algérie. Dans ces quatre pays, plus de 95% des bénéficiaires ont reçu des soins inopinés consécutifs à un séjour touristique dans le pays. Des soins ont été servis aux Etats-Unis à près de 4 500 assurés des régimes français : 87% des bénéficiaires ont reçu des soins inopinés et 11% concernent des travailleurs détachés.

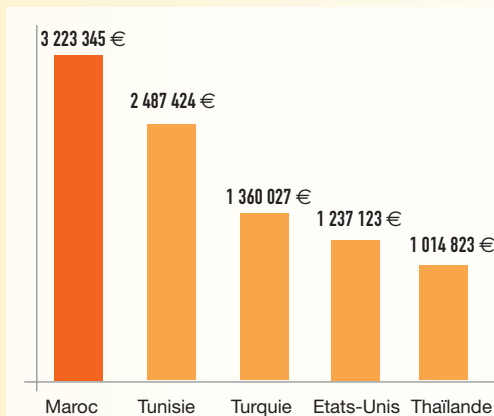
En dehors de ces principaux pays, on retrouve Israël, la Thaïlande, l’Egypte, le Sénégal et la République Dominicaine avec un nombre de bénéficiaires décroissant allant de 2 781 en Israël à 2 266 en République Dominicaine. 87% à 97% des bénéficiaires ont reçu des soins inopinés dans le cadre d’un séjour temporaire. Les soins destinés aux travailleurs détachés représentent, cependant, 11% des bénéficiaires au Sénégal.

Les remboursements sont de 3,2 millions d’euros pour le Maroc et chutent à 1million d’euros pour la Thaïlande. Dans ces cinq pays, plus de 4/5 des dépenses correspondent à des soins inopinés. Il faut néanmoins souligner que 7 à 9% de celles-ci concernent des soins programmés au Maroc, en Tunisie et aux Etats-Unis.

En dehors des pays précédemment cités, on retrouve le Canada, l’Algérie, Israël, la Chine et le Vietnam avec des remboursements décroissants allant de 891 000 euros pour le Canada à 405 000 euros pour le Vietnam. Ici, encore, plus de 85% des dépenses sont dues à des soins inopinés : seules exceptions notables, l’Algérie et la Chine. En Algérie, un peu plus de 13% des dépenses globales sont consacrées à des soins programmés. En Chine, seulement 56% des dépenses sont rattachées à des soins inopinés : les 44% restants se répartissent équitablement entre soins programmés et soins destinés à des travailleurs détachés.

ENCADRÉ 5

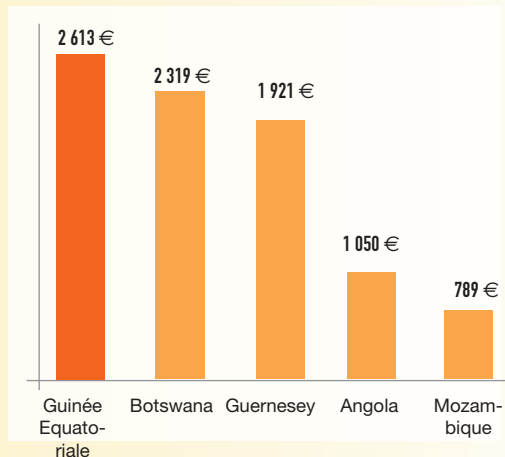
PRINCIPALES DÉPENSES DES PAYS TIERS



Source : Cleiss

ENCADRÉ 6

COÛTS MOYENS LES PLUS ÉLEVÉS DANS UN PAYS TIERS



Source : Cleiss

De manière assez étonnante, alors que le coût moyen des soins de santé est le plus faible sur le continent africain, quatre des cinq coûts moyens par pays les plus élevés sont situés en Afrique. Cela s’explique par le fait que la quasi-totalité des dépenses (96% à 100%) est liée à une hospitalisation – voire à une hospitalisation d’urgence dans la plupart des cas –, ce type de soins coûtant bien plus cher.



Glossaire

→ **Forfait** : le montant des prestations en nature est remboursé par les institutions compétentes aux institutions qui ont servi des prestations sur la base d'un forfait aussi proche que possible des dépenses réelles. Ce forfait est établi, pour chaque année civile, à partir du coût moyen annuel des soins de santé dans le pays.

→ **Factures (dépenses réelles)** : le montant des prestations en nature est remboursé par les institutions compétentes aux institutions qui ont servi des prestations sur la base d'un forfait aussi proche que possible des dépenses réelles. Ce forfait est établi, pour chaque année civile, à partir du coût moyen annuel des soins de santé dans le pays.

Références

Cette étude a été réalisée à partir des données collectées par le Cleiss auprès de la CCMSA, du CNSE, de la CAVIMAC, de la SNCF et de la CPAM de Nice. Vous pouvez télécharger l'ensemble des données par pays au format Excel. [Cliquer ici](#)

Pour plus de détails sur chaque convention bilatérale, les risques qu'elles couvrent et leurs champs d'applications, [Cliquer ici](#).

Tous les numéros de Décryptage peuvent être consultés sur le site internet du Cleiss à la rubrique
« Documentation - Etudes et analyses »

Décryptage n°9, avril 2012.

Directeur de la publication : Jean-Yves HOCQUET — Maquette : Starting Block

Cleiss – 11, rue de la Tour des Dames 75436 Paris Cedex 09 – www.cleiss.fr

Téléphone : (33) (0)1 45 26 33 41 Fax : (33) (0)1 49 95 06 50

Email publication : decryptage@cleiss.fr

Reproduction autorisée sauf à des fins commerciales, moyennant mention de la source.