

MINISTERE DE LA SANTE,
DE LA FAMILLE ET DES
PERSONNES HANDICAPEES

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Division des affaires communautaires
et internationales

Suivi du dossier : Alexandre VISCONTINI
Tél. : 01.40.56.70.84 Télécopie : 01.40.56.72.55
alexandre.viscontini@sante.gouv.fr

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes
handicapées,

à

Monsieur le directeur de la caisse nationale
d'assurance maladie des travailleurs salariés

Monsieur le directeur de la caisse nationale
d'assurance maladie et maternité des travailleurs non
salariés des professions non agricoles (CANAM)

Monsieur le directeur de la caisse centrale de
mutualité sociale agricole, sous couvert de Monsieur
le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la
pêche et des affaires rurales (DEPSE)

Monsieur le directeur de la caisse nationale militaire
de sécurité sociale, sous-couvert de Madame la
ministre de la défense

Mesdames et Messieurs les directeurs ou
responsables des caisses, organismes ou services
assurant la gestion d'un régime spécial ou autonome
de sécurité sociale

Madame la directrice de la mutualité fonction
publique

Monsieur le directeur du centre des liaisons
européennes et internationales de sécurité sociale

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales des affaires sanitaires et
sociales, Direction interrégionale de sécurité sociale
des Antilles-Guyane, Direction départementale de la
sécurité sociale de la Réunion

CIRCULAIRE DSS/DACI/2003/464 du 16 septembre 2003 concernant l'application de
certaines dispositions de l'accord de coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité
sociale relatives aux soins de santé.

Date d'application : immédiate

NOR :

Grille de classement :

Résumé : remboursement des soins de santé dans le cadre de l'accord de coordination entre régimes
métropolitains et calédoniens de sécurité sociale

Mots-clés : Nouvelle-Calédonie – Coordination des régimes de sécurité sociale.

Textes de référence : décret n°2002-1371 du 19 novembre 2002 portant coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale.

Textes modifiés : circulaire DSS/DACI/2002/620 du 20 décembre 2002 relative à la mise en œuvre du décret n°2002-1371 du 19 novembre 2002 portant coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale

La circulaire DSS/DACI/2002/620 du 20 décembre 2002 apportait des précisions sur la mise en œuvre de l'accord portant coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale annexé au décret n°2002-1371 du 19 novembre 2002.

Suite à des échanges de vues avec les autorités calédoniennes sur les premiers mois d'application dudit accord, certaines interprétations complémentaires méritent d'être fournies pour une meilleure compréhension des mécanismes de coordination. Elles concernent notamment les dispositions relatives aux soins de santé.

1. Notion de soins immédiatement nécessaires

L'article 18 § 1 sous a) de l'accord de coordination dispose que la personne assurée a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité au cours d'un séjour sur l'autre territoire, mais uniquement en cas de soins immédiatement nécessaires (*« dont l'état vient à nécessiter immédiatement des prestations »*). La circulaire du 20 décembre 2002 précitée rappelle que cette notion d'immédiate nécessité est établie lorsqu'il y a une *« urgence suffisamment explicitée »* (page 18).

Cette disposition est connue des caisses d'assurance maladie métropolitaines qui appliquent cette notion dans le cadre des règlements communautaires (application de l'article 22 § 1 sous a) du règlement n°1408/71) ou de la législation interne (application de l'article R.332-2 du code de la sécurité sociale).

Toutefois, en application de la législation calédonienne, le service des prestations de l'assurance maladie-maternité par la CAFAT n'est pas limité au territoire de la Nouvelle-Calédonie et peut être effectué pour des soins reçus sur le territoire métropolitain, sans que la notion de soins immédiatement nécessaires puisse être opposée à l'assuré ou à ses ayants droit. En effet, l'article 30-1 § 1 de la délibération n°280 du 19 décembre 2001 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie stipule que *« les assurés et leurs ayants droit ont droit aux prestations en nature du régime unifié d'assurance maladie-maternité pour les soins ou examens médicaux dispensés ou réalisés sur le territoire de la France métropolitaine, des départements d'outre-mer, des territoires d'outre-mer ou de toute autre collectivité de la République. Les remboursements se font dans la limite des tarifs de responsabilité de la caisse du lieu des soins ou, à défaut, dans la limite des tarifs de responsabilité de la CAFAT. Toutefois, les dispositions précédentes ne sont pas applicables si, en vertu d'accords de coordination ou de ses règles propres, la caisse du lieu des soins peut prendre en charge le malade »*.

Par conséquent, dans le cadre d'un séjour temporaire en métropole d'assurés du régime calédonien, les caisses métropolitaines peuvent être amenées à servir, à la charge de la CAFAT, des prestations médicalement justifiées, programmées ou ne répondant pas à la condition d'immédiate nécessité figurant à l'article 18 § 1 sous a) de l'accord de coordination, sans que l'intéressé ait préalablement obtenu l'autorisation prévue à l'article 18 § 1 sous b) et c).

Toutefois, les intéressés devront être munis d'une *attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité pendant un séjour sur l'autre territoire* (formulaires SE 988-03) délivrée par la CAFAT.

Pour autant, la notion de soins immédiatement nécessaires n'est pas supprimée du côté métropolitain, et les assurés d'un régime métropolitain de sécurité sociale ne pourront donc prétendre qu'au service des seules prestations d'immédiate nécessité en cas de séjour temporaire en Nouvelle-Calédonie.

2. Soins effectués à l'occasion d'un séjour à l'étranger

a) droit à une prise en charge des soins effectués à l'étranger

L'accord de coordination ne prévoit pas la prise en charge de frais médicaux engagés à l'étranger par des assurés des régimes métropolitains ou calédoniens résidant sur l'autre territoire.

Deux situations sont particulièrement visées par cette problématique :

- celle des ayants droit restés en métropole des fonctionnaires métropolitains affiliés à la CAFAT, qui peuvent être amenés à se déplacer dans un autre Etat de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen (UE-EEE) et qui n'ont pas droit à la délivrance d'un formulaire E111 ou E112 puisqu'ils sont exclus du champ d'application matériel des règlements communautaires ;
- celle des mono-pensionnés d'un régime résidant sur l'autre territoire et qui vont en séjour à l'étranger (cette situation peut être rencontrée sur chacun des deux territoires).

Or chacune des deux législations métropolitaine et calédonienne comporte des dispositions internes relatives à la prise en charge des frais médicaux à l'étranger. Il s'agit :

- du côté métropolitain, de l'article R.332-2 du code de la sécurité sociale dont le § 1^{er} stipule que « *les caisses d'assurance maladie pourront procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors de France 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* » ;
- du côté calédonien, de l'article 30-1 de la délibération n°280 du 19 décembre 2001 dont le § 2 précise que « *la CAFAT peut, après avis favorable du contrôle médical, procéder à la prise en charge ou, le cas échéant, au remboursement des dépenses d'hospitalisation occasionnées par les soins inopinés et urgents dispensés à l'étranger, aux assurés et à leurs ayants droit, à l'occasion d'un séjour temporaire d'une durée inférieure à trois mois. Ne sont considérés comme soins inopinés et urgents que les soins et traitements en rapport avec une maladie ou un événement s'étant déclenché ou étant apparu postérieurement au départ de la Nouvelle-Calédonie et pour lequel une prise en charge immédiate a dû être délivrée, la pathologie concernée ne permettant pas d'attendre le retour en Nouvelle-Calédonie* ».

Dès lors que l'accord de coordination prévoit l'égalité de traitement entre assurés d'un régime métropolitain ou calédonien de sécurité sociale résidant sur le même territoire, il convient d'appliquer ces dispositions aux assurés d'un régime résidant sur l'autre territoire.

b) procédure de prise en charge des soins effectués à l'étranger

La mise en œuvre du principe retenu ci-dessus pour les soins effectués à l'étranger (application de la législation interne par chacune des parties) mérite d'être précisée.

Une première solution aurait pu être l'application directe par l'institution compétente de sa propre législation en faveur des assurés de son régime. Par exemple, la CAFAT aurait été compétente pour prendre en charge, selon les dispositions de sa propre législation, les frais médicaux engagés par

les ayants droit des fonctionnaires métropolitains affiliés à la CAFAT, au cours de leurs séjours dans un autre Etat de l'UE-EEE. Ou alors, la caisse métropolitaine devrait prendre en charge, sur la base de l'article R.332-2 du code de la sécurité sociale, des frais médicaux engagés par des pensionnés du régime métropolitain résidant en Nouvelle-Calédonie, à l'occasion de séjours à l'étranger.

Cette solution n'est pas satisfaisante. Elle complique considérablement les démarches des assurés qui, inscrits auprès de leur institution du lieu de leur résidence, seraient contraints de contacter l'institution compétente à laquelle ils ne se sont parfois jamais adressé auparavant (cas des ayants droit des fonctionnaires métropolitains affiliés à la CAFAT ou des pensionnés métropolitains résidant en Nouvelle-Calédonie). De surcroît, il faudrait, du côté métropolitain, désigner une caisse d'assurance maladie compétente.

La solution retenue consiste donc à désigner l'institution du territoire de résidence compétente pour prendre en charge, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, les frais médicaux engagés au cours d'un séjour à l'étranger. L'institution compétente rembourse ensuite à l'institution du territoire de résidence les frais ainsi pris en charge, conformément à l'article 43 de l'accord de coordination et sans possibilité de contester l'opportunité de la prise en charge.

c) cas particulier des bi-pensionnés

L'article 21 de l'accord de coordination prévoit que les soins délivrés aux bi-pensionnés sont pris en charge par l'institution du lieu des soins. En cas de soins effectués à l'occasion d'un séjour à l'étranger, il appartient à l'institution choisie par l'assuré de prendre en charge lesdites prestations, sans que celle-ci puisse lui opposer un refus.

3. Assurance longue maladie et affection de longue durée

La reconnaissance du bénéfice de l'assurance longue maladie opérée par la CAFAT en faveur de ses assurés vaut reconnaissance de l'affection de longue durée par les médecins conseils des caisses métropolitaines, et réciproquement.

* *
*

Vous voudrez bien diffuser cette circulaire aux organismes intéressés et me saisir des difficultés éventuelles qu'elle pourrait soulever.

Pour le ministre et par délégation,
Le directeur de la sécurité sociale :



Dominiqe LIBAULT