Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE L'AGRICULTURE,
DE L'ALIMENTATION, DE LA PECHE ET DES AFFAIRES RURALES

Direction Générale de la Forêt et des Affaires Rurales **Sous-direction de la Protection Sociale** **Bureau de l'Assujettissement et des Cotisations** **78, rue de Varenne** **75349 PARIS 07 SP** **Louis RANVIER** **Tél : 01.49.55.83.41** **Fax : 01.49.55.80.10** **Réf. Classement : J III - E III**	**CIRCULAIRE** **DGFAR/SDPS/C2004-5021** **Date: 08 juin 2004**

Date de mise en application : 1er juin 2004
Annexe : Circulaire DSS/DACI n° 220 du 12 mai 2004 (CEAM n°2).

Objet : Application du règlement (CE) n° 631/2004 du 31 mars 2004 modifiant les règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72 en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures.

Base juridique : - Règlement (CEE) n° 1408/71 de coordination communautaire en matière de sécurité sociale et règlement d'application (CEE) n° 574/72.
- règlement (CE) n° 631/2004 du 31 mars 2004 modifiant les règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72 en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures.

Résumé : Le 1er juin 2004, le règlement (CE) n° 631/2004 du 31 mars 2004 aligne les droits aux prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un autre Etat des différentes catégories de bénéficiaires du règlement n° 1408/71 et simplifie différentes formalités et procédures administratives. En cas de séjour temporaire, les personnes couvertes bénéficieront désormais de la prise en charge des soins reçus lorsque leur état viendra à nécessiter des prestations en nature médicalement nécessaires, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour.

Mots-clés : Union européenne - Règlement (CEE) n° 1408/71 – Assurance maladie – Carte européenne d'assurance maladie

Destinataires	
Pour exécution : - Madame la présidente du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole, - les présidents des conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole, - le directeur du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, - les chefs des services régionaux de l'inspection du travail de l'emploi et de la politique sociale agricoles, - les chefs des services départementaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles.	Pour information : - les préfets de régions et de départements, - les directeurs régionaux de l'agriculture et de la forêt, - les directeurs départementaux de l'agriculture et de la forêt.

Je vous prie de trouver ci-jointe la circulaire DSS/DACI n° 220 du 12 mai 2004 (Circulaire CEAM n° 2) relative à l'application du règlement (CE) n° 631/2004 du 31 mars 2004 modifiant les règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72 en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures. Cette circulaire vient en complément de la circulaire DSS/DACI n° 169 du 30 mars 2004 relative à la mise en œuvre de la carte européenne d'assurance maladie (circulaire CEAM n° 1) qui fait l'objet d'une diffusion distincte.

Concomitamment avec la création de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM), le règlement de coordination n° 1408/71 a été modifié par le règlement n° 631/2004 du 31 mars 2004 afin d'aligner sur la catégorie la plus favorisée, les pensionnés, les droits aux prestations en nature de l'assurance maladie en cas de séjour temporaire des diverses catégories de personnes visées par le règlement. Les modifications portent également sur une simplification des procédures d'accès aux prestataires de soins dans certains Etats, ainsi que des procédures propres aux relations entre l'institution du lieu de séjour et l'institution compétente. Ces modifications doivent permettre d'optimiser les avantages que procure la CEAM et de favoriser ainsi les déplacements dans l'espace européen en élargissant l'accès transfrontalier aux soins de santé.

Partant, en effet, de la situation actuelle dans laquelle différentes catégories d'assurés (travailleurs en déplacement professionnel ou non, chômeurs, pensionnés, étudiants en déplacement et personnes en déplacement pour une formation professionnelle) ont des droits aux prestations en nature différents, pour eux-mêmes ou pour leurs ayants droit, en cas de séjour dans un Etat membre autre que l'Etat compétent, ce texte aligne dans un sens plus favorable les droits de toutes ces catégories d'intéressés. Ainsi, en cas de séjour temporaire dans un autre Etat des différentes catégories de bénéficiaires du règlement n° 1408/71, les personnes couvertes bénéficieront désormais, hors soins programmés, de la prise en charge des soins reçus lorsque leur état viendra à nécessiter des prestations en nature nécessaires du point de vue médical, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour.

Pour tirer les conséquences de l'alignement des droits, la décision n° 198 du 23 mars 2004 de la commission administrative modifie ou supprime un certain nombre de formulaires communautaires. Sont ainsi supprimés à compter du 1er juin 2004 le formulaire E 110 (travailleurs salariés des transports internationaux) et les formulaires E 128 et E 128 B (travailleurs détachés en séjour dans un Etat d'activité autre que l'Etat compétent ; personnes en séjour dans un Etat autre que l'Etat compétent pour y suivre des études ou une formation professionnelle). En outre le formulaire E 119 (travailleurs en chômage) est modifié pour ne plus concerner les prestations en nature, mais seulement les prestations en espèces.

Par conséquent la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) et le certificat provisoire de remplacement deviennent les seuls documents à établir à partir du 1er juin 2004 en cas de séjour temporaire, quelle que soit la catégorie de personnes envisagée, mis à part bien sûr les Etats qui bénéficient d'un report pour la distribution des CEAM et du certificat et qui sont autorisés à titre dérogatoire à émettre pendant cette période transitoire des formulaires E 111 adaptés.

Outre la simplification, pour les intéressés comme pour les institutions, qu'apporte cet alignement, le règlement modificatif simplifie la procédure d'accès aux soins de santé dans l'Etat de séjour en supprimant toute formalité administrative à l'arrivée sur le territoire de cet Etat et supprime deux autres procédures concernant des échanges d'informations entre l'institution du lieu de séjour et l'institution compétente ou du lieu de résidence, l'une en cas d'hospitalisation de l'intéressé, l'autre en cas d'octroi de certaines prestations en nature de grande importance.

La circulaire ci-jointe apporte sur ce nouveau texte les commentaires et précisions propres à en faciliter l'application par les institutions françaises de sécurité sociale.

Vous voudrez bien me faire part sous le présent timbre des difficultés d'application de la présente circulaire.

L'adjointe au Directeur Général
de la Forêt et des Affaires Rurales

Sophie VILLERS

Ministère de la santé et
de la protection sociale

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la famille
et de l'enfance

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Division des affaires communautaires
et internationales (DACI)

Personne chargée du dossier :
Jean-Claude FILLON

Tél. : 01 40 56 75 41
Fax : 01 40 56 72 55
Email : jean-claude.fillon@sante.gouv.fr

Le ministre de la santé et de la protection sociale

à

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

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

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

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

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

Messieurs les préfets de région (directions
régionales des affaires sanitaires et sociales)

CIRCULAIRE n° DSS/DACI/2004/220 du 12 mai 2004 relative à l'application du règlement (CE) n° 631/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 modifiant les règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72 en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures.

[**Circulaire CEAM n° 2**]

Date d'application : 1er juin 2004.

Résumé :

Le 1er juin 2004 commencera le déploiement de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM). A cette même date entrera en vigueur le règlement modificatif n° 631/2004 qui aligne les droits aux prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un autre Etat des différentes catégories de bénéficiaires du règlement n° 1408/71 et qui supprime différentes formalités et procédures administratives devenues obsolètes ou inutiles. En cas de séjour temporaire, et hors soins programmés, les personnes couvertes, quelle que soit leur catégorie, bénéficieront de la prise en charge des soins reçus lorsque leur état viendra à nécessiter des prestations en nature nécessaires du point de vue médical, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour

Mots clés :

Union européenne – Traité CE – Règlements (CEE) n° 1408/71 et 574/72 – Assurancemaladie – Séjour temporaire – Alignement des droits – Simplification des procédures.

Textes de référence :

- Règlement (CEE) n° 1408/71 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.
- Règlement (CEE) n° 574/72 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71.
- Règlement (CE) n° 631/2004 modifiant les règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72 en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures.
- Circulaire n° DSS/DACI/2004/169 du 30 mars 2004 relative à la mise en œuvre de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) **[Circulaire CEAM n° 1]**.

Textes modifiés :

- Règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72 relatifs 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.

Le règlement (CE) n° 631/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004, modifiant les règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72 en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures, a été publié au Journal officiel de l'Union européenne n° L 100 du 6 avril 2004 et entrera en vigueur le 1er juin 2004, ainsi que le mentionne son article 3 (avec un délai supplémentaire jusqu'au 1er juillet 2004 au plus tard pour la garantie d'un accès direct aux prestataires de soins). Le texte du règlement est annexé à la présente circulaire.

L'objet de ce règlement est de participer à la réalisation du plan d'action visant à éliminer les obstacles à la mobilité géographique, approuvé par le Conseil européen de Barcelone (15 et 16 mars 2002) qui a notamment décidé « *qu'une carte européenne d'assurance maladie remplacera les formulaires actuellement nécessaires pour bénéficier de soins dans un autre Etat membre. La Commission présentera une proposition à cet effet avant le Conseil européen du printemps 2003. Cette carte simplifiera les procédures, mais ne changera pas les droits et obligations existants.* »

Dans une première étape, une carte européenne d'assurance maladie (CEAM), non électronique, est introduite à compter du 1er juin 2004, pour remplacer le seul formulaire E 111, avec pour finalité de simplifier les procédures pour l'accès aux soins et le bénéfice des prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un Etat membre autre que l'Etat compétent ou l'Etat de résidence s'il est différent (se reporter à la circulaire n° DSS/DACI/2004/169 du 30 mars 2004 relative à la mise en œuvre de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) - **Circulaire CEAM n° 1**).

Le règlement n° 631/2004 permet d'atteindre cet objectif en facilitant l'introduction et l'utilisation de la carte européenne et le dépasse en modifiant « *les droits et obligations existants* » de façon à optimaliser les avantages attendus par les usagers et les institutions de l'introduction de cette carte européenne de première étape.

Partant, en effet, de la situation actuelle dans laquelle différentes catégories d'assurés (travailleurs en déplacement non professionnel, travailleurs en déplacement professionnel, chômeurs, pensionnés, étudiants en déplacement autre que pour études, étudiants en déplacement pour études et personnes en déplacement pour une formation professionnelle) ont des droits différents, pour eux-mêmes ou pour leurs ayants droit, en cas de séjour dans un Etat membre autre que l'Etat compétent ou l'Etat de résidence, ce texte aligne « par le haut » les droits de toutes ces catégories d'intéressés lors d'un séjour temporaire (hors soins programmés).

Outre la simplification, pour les intéressés comme pour les institutions, qu'apporte cet alignement, le règlement modificatif simplifie la procédure d'accès aux soins de santé dans l'Etat de séjour en supprimant toute formalité administrative à l'arrivée sur le territoire de cet Etat et supprime deux autres procédures concernant des échanges d'informations entre l'institution du lieu de séjour et l'institution compétente ou du lieu de résidence, l'une en cas d'hospitalisation de l'intéressé, l'autre en cas d'octroi de certaines prestations en nature de grande importance.

Enfin, l'application des dispositions modifiées du règlement n° 1408/71 ne pouvant s'effectuer dans de bonnes conditions sans une coopération loyale entre les institutions et les personnes bénéficiaires, le règlement modificatif rappelle cette nécessité et fixe le cadre de cette coopération et les obligations s'y rattachant.

La présente circulaire apporte sur ce nouveau texte les commentaires et précisions propres à en faciliter l'application par les institutions françaises de sécurité sociale.

I – L'alignement des droits aux prestations en nature en cas de séjour temporaire.

1) Nouvelles dispositions applicables.

L'article premier du règlement n° 631/2004 supprime les articles 22 ter et 34 ter du règlement n° 1408/71 et modifie les articles 22, paragraphe 1, point a), 25, paragraphe 1, 31 et 34 bis du même texte pour y remplacer les différentes dispositions concernant les conditions dans lesquelles un droit aux prestations en nature est reconnu dans l'Etat de séjour par un dispositif nouveau et unique, à savoir qu'il s'agit de personnes « *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 Etat membre, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour* »(ou sous une autre forme « *des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires …* »)

Toute idée d'immédiateté de la nécessité des soins disparaît. Seule compte, pour les soins non programmés et de façon identique d'une catégorie de bénéficiaires à l'autre, la nécessité du point de vue médical des soins reçus pendant le séjour. Il ne s'agit donc pas d'une appréciation administrative ou a priori de cette nécessité, mais d'une appréciation médicale en fonction du cas d'espèce, prenant en compte deux éléments, la nature des prestations médicales en cause et la durée prévisible du séjour.

Anticipant l'entrée en vigueur du règlement, la commission administrative dans sa décision n° 194 du 17 décembre 2003 (non encore publiée) a fixé la portée de cette formule afin qu'elle reçoive une application uniforme et équilibrée.

Après avoir rappelé que ne sont pas visées les situations dans lesquelles les personnes se déplacent dans un autre Etat dans le but d'y recevoir un traitement médical (« soins programmés »), la décision mentionne (point 1, alinéas 1 et 2) que la prise en compte conjointe des deux éléments cités plus haut (nature des prestations et durée prévisible du séjour) implique que sont couvertes par les dispositions de ces articles « *les prestations en nature médicalement nécessaires qui sont dispensées à une personne en séjour temporaire, dans le but d'empêcher que celle-ci ne soit contrainte de rentrer prématurément dans l'Etat compétent pour y recevoir les soins que son état de santé nécessite. De telles prestations visent à permettre à l'assuré de continuer son séjour dans des conditions médicalement sûres compte tenu de la durée prévue du séjour.* »

On soulignera l'importance du considérant (7) qui rappelle que les critères fixés dans les articles concernés ne peuvent pas être interprétés comme excluant a priori de leur champ les prestations de soins nécessitées par des maladies chroniques ou des maladies préexistant au séjour effectué. Il ne faut en effet pas confondre les séjours dans un Etat qui sont uniquement motivés par le désir d'y recevoir des soins (soins dits programmés, reçus par définition pour une affection déclarée ou fortement présumée), situation qui n'est pas visée par la présente circulaire et qui nécessite dans le cadre du règlement d'obtenir pour ce faire une autorisation préalable sur formulaire E 112, et les séjours motivés par tout autre objectif (professionnel, familial, touristique …) au cours desquels les intéressés ont besoin de soins médicalement nécessaires, aussi bien pour une maladie subite ou un accident que pour une maladie chronique ou préexistante (rechute, nouvel accès, soins continus ou en cours …).

Est ainsi cité l'arrêt du 25 février 2003 (*Ioannidis*, aff. C-326/00) dans lequel la cour de justice a déjà indiqué que pour l'application de l'article 31 la notion de « soins nécessaires », qui sera désormais la norme pour toutes les catégories d'intéressés, ne peut « *être interprétée en ce sens que ledit bénéfice serait limité aux seuls cas où les soins dispensés sont rendus nécessaires par une affection soudaine. En particulier la circonstance que les soins requis par l'évolution de l'état de santé de l'assuré social durant son séjour temporaire dans un autre Etat membre soient éventuellement liés à une pathologie préexistante et connue de l'assuré telle qu'une maladie chronique ne saurait suffire à empêcher l'intéressé de bénéficier des dispositions de l'article 31 du règlement n° 1408/71.* »

Désormais, en cas de séjour dans un autre Etat, les personnes couvertes bénéficieront des prestations en nature pour les soins (non programmés) médicalement nécessaires qui leur permettront de ne pas abréger leur séjour pour se faire soigner et de le continuer jusqu'à son terme prévu en toute sécurité médicale.

2) Précisions complémentaires.

En complément de la décision n° 194 mentionnée ci-dessus, les institutions pourront utilement se reporter au document annexé intitulé « Document 1 - Lignes directrices relatives à l'application uniforme de l'article 22 § 1 a) i) par les institutions de sécurité sociale des Etats membres. »

Il s'agit d'un document rédigé par les services de la Commission et destiné aux représentants des Etats membres à la commission administrative. Comme tel, ce n'est pas un texte juridiquement contraignant, mais un commentaire autorisé sur les changements induits par les modifications dudit article, donnant des indications pratiques sur la façon dont les institutions d'assurance maladie auront désormais à traiter les demandes de prestations pour des personnes en séjour temporaire.

Certains développements doivent être adaptés en fonction des caractéristiques des régimes nationaux et il est bien certain par exemple que le point B.3 n'a pas de portée pratique en France où la présentation préalable du formulaire E 111 à la CPAM n'était pas pratiqué, mais les institutions françaises d'assurance maladie pourront se reporter utilement à ces commentaires.

Dans ce vade-mecum, il convient tout particulièrement d'appeler l'attention sur la règle opératoire développée dans le paragraphe suivant :

« *Une façon concrète d'apprécier l'application de l'article 22 §1 a) i) du règlement n° 1408/71 est de déterminer si le traitement médical* ***a eu pour objectif d'empêcher que l'assuré ne soit contraint de rentrer chez lui pour se faire soigner et si les prestations en nature qu'il a reçues étaient adaptées à l'objectif de lui permettre de poursuivre son séjour, s'il le souhaite, dans des conditions médicalement sûres en attendant d'être pris en charge par son médecin habituel.*** *En d'autres termes, l'assuré a droit lors d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre à tous les soins qui sont nécessaires et qui lui permettent de continuer son séjour de sorte à éviter qu'il ne doive rentrer chez lui pour se faire soigner. Cette logique est exactement la même lorsqu'un assuré d'un Etat membre se déplace dans une autre partie du territoire et que le médecin qui le voit pour la première fois doit déterminer les soins qui lui sont nécessaires sachant que cette personne n'est que temporairement dans la région* »,

ainsi que sur le paragraphe précisant qu'en cas de soupçon d'abus les institutions concernées au premier chef – institution compétente ou du lieu de résidence et institution du lieu de séjour – ont un devoir de coopération mutuelle et doivent collaborer et instaurer un dialogue en vue de l'examen du ou des cas d'espèce.

En tout état de cause, ces dispositions restent bordées par le fait qu'elles ne s'appliquent pas dans le cas où les intéressés se rendent dans un autre Etat dans le but d'y recevoir un traitement médical (« soins programmés »), cette situation relevant de l'article 22, paragraphe 1, point c), du règlement n° 1408/71 et nécessitant, dans ce cadre, une autorisation préalable de l'institution compétente ou du lieu de résidence.

3) Traitements vitaux accessibles uniquement dans des unités spécialisées.

L'article premier du règlement n° 631/2004 ajoute également un paragraphe 1 bis à l'article 22 du règlement n° 1408/71 concernant les prestations en nature qui, pour pouvoir être servies pendant un séjour temporaire, requièrent pour des raisons pratiques un accord préalable entre le patient et l'institution dispensant les soins. Il est prescrit que la commission administrative doit établir une liste de ces prestations en nature (au sens de prestations de soins). Les autres articles concernant le séjour temporaire sont modifiés dans le même sens directement ou par renvoi à l'article 22, paragraphe 1 bis.

Cet accord préalable n'a rien de comparable avec l'autorisation préalable mentionnée au point c) de l'article 22, paragraphe 1, du règlement. L'objet du paragraphe 1 bis est de prendre en compte le fait que pour des raisons pratiques (spécialité et disponibilité locale du traitement), certaines personnes dont l'état nécessite de façon vitale un traitement régulier ne se déplaceront pour séjourner temporairement dans un autre Etat, pour des raisons professionnelles, touristiques, familiales ou autres, que si elles sont assurées de pouvoir continuer à recevoir leur traitement pendant ce séjour. S'il s'agit d'un traitement spécialisé dont la disponibilité est limitée, un accord préalable entre le patient et l'unité de soins concernée s'avère nécessaire.

En ce sens la décision n° 196 du 23 mars 2004 (non encore publiée) de la commission administrative, prise pour l'application de ce nouveau paragraphe, souligne que cet accord préalable a pour but de faciliter la libre circulation des personnes concernées dans des conditions médicalement sûres.

Son premier point dispose que « *tout traitement médical vital et qui n'est accessible que dans des unités médicales spécialisées et/ou équipées du matériel et/ou du personnel adéquats doit en principe faire l'objet d'un accord préalable entre le patient et l'unité dispensant le traitement en cause pour s'assurer que le traitement est disponible lors du séjour temporaire de la personne assurée dans un autre Etat membre.* » Une liste, par définition non exhaustive, de traitements correspondant à ces critères est annexée à la décision et ne comporte en fait que deux entrées (dialyse rénale et oxygénothérapie), qu'il convient donc de considérer comme des exemples génériques et non comme une véritable liste.

De tels accords préalables ne concernent pas directement les institutions d'assurance maladie puisqu'ils interviennent directement entre les patients et les unités de soins spécialisées, mais il leur appartient de veiller si nécessaire à ce que de tels accords soient passés et à donner toutes informations utiles à ce sujet aux intéressés.

Pour garantir leur disponibilité pendant le séjour temporaire du patient, certains traitements médicaux vitaux dispensés dans des unités de soins spécialisées nécessitent qu'un accord préalable intervienne entre le patient et l'unité médicale concernée.

4) Bénéficiaires.

Les bénéficiaires de ces nouvelles dispositions sont l'ensemble des personnes couvertes par les articles 22, 25, 31 et 34 du règlement n° 1408/71, soit, compte tenu également de l'article 22 bis dudit règlement et du règlement n° 859/2003 d'extension aux ressortissants d'Etats tiers, pratiquement toutes les personnes qui sont assurées au titre d'un régime légal français d'assurance maladie et les membres de leur famille (au sens des ayants droit).

La seule restriction concerne les assurés ressortissants d'Etats tiers qui, aux termes de l'article 1er du règlement n° 859/2003, doivent résider sur le territoire d'un Etat membre. Ne peuvent donc bénéficier de ces dispositions sur les prestations en nature servies en cas de séjour temporaire dans un autre Etat membre ceux d'entre eux qui ne résident pas sur le territoire d'un Etat de l'Union, mais sont néanmoins couverts par un régime légal français d'assurance maladie (salariés non détachés effectuant une prestation de service temporaire en France, saisonniers, autres travailleurs exerçant en France une activité sans y résider).

On précisera par contre, s'agissant des assurés ressortissants d'Etats tiers qui résident et sont assurés en France, que la deuxième condition fixée par le règlement n° 859/2003 pour son application – à savoir que les intéressés se trouvent dans une situation présentant un caractère européen, c'est à dire « *dont tous les éléments ne se cantonnent pas à l'intérieur d'un seul Etat membre* » - ne représente ici aucun obstacle, puisque le simple fait qu'un intéressé ou l'un de ses ayants droit effectue un séjour temporaire dans un autre Etat membre suffit pour que sa situation présente un caractère européen.

L'alignement des droits aux prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un autre Etat pourra bénéficier à toutes les personnes assurées au titre d'un régime légal d'assurance maladie et à leurs ayants droit, quelle que soit la nationalité de ces personnes (à de rares exceptions près concernant des non résidents ressortissants d'Etats tiers).

5) Portée géographique.

Bien entendu, ces dispositions nouvelles s'appliquent en cas de séjour temporaire dans tout Etat sur le territoire duquel le règlement n° 1408/71 est applicable, c'est à dire l'ensemble des Etats membres de l'Union européenne. Compte tenu du fait que cet alignement des droits prend effet le 1er juin 2004, soit après l'entrée en vigueur du traité d'adhésion, c'est l'Union élargie qui sera concernée, y compris donc les 10 nouveaux Etats membres (République tchèque, Estonie, Chypre, Lettonie, Lituanie, Hongrie, Malte, Pologne, Slovénie et Slovaquie).

Mais seront également visés dès le 1er juin 2004 les trois Etats liés par l'accord sur l'Espace économique européen (EEE) qui ne sont pas membres de l'UE (Islande, Liechtenstein et Norvège). Ceux-ci ont en effet donné leur accord pour l'application du règlement n° 631/2004 avant même que celui-ci ait fait l'objet d'une extension officielle à l'EEE par la procédure formelle d'une décision en ce sens du comité mixte de cet accord.

Il en va de même pour la Suisse qui accepte elle aussi d'appliquer de facto le règlement n° 631/2004 de manière anticipée dès le 1er juin 2004 avant même que ce texte ait fait l'objet d'une décision d'extension aux rapports bilatéraux avec la Suisse, prise par le comité mixte de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes.

L'alignement des droits aux prestations en nature en cas de séjour temporaire sera effectif dès le 1er juin 2004 dans tout l'ensemble UE – EEE – Suisse.

6) Documents communautaires de mise en œuvre.

Ainsi que cela a déjà été indiqué, deux dispositifs communautaires complémentaires concernant le droit aux prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un autre Etat membre entrent en vigueur conjointement le 1er juin 2004, d'une part le remplacement du formulaire E 111 par la carte européenne d'assurance maladie (CEAM), décrit dans la circulaire du 30 mars 2004 [**Circulaire CEAM n° 1**], et d'autre part l'alignement des droits, objet de la présente circulaire.

Pour tirer les conséquences de l'alignement des droits et du fait qu'il ne sera plus nécessaire désormais de distinguer des catégories différentes de personnes ayant des droits différents en cas de séjour temporaire, la décision n° 198 du 23 mars 2004 de la commission administrative (non encore publiée) modifie ou supprime un certain nombre de formulaires communautaires spécifiques à certaines catégories de personnes.

Sont ainsi supprimés à compter du 1er juin 2004 le formulaire E 110 (travailleurs salariés des transports internationaux), dont le modèle était annexé à la décision n° 153 du 7 octobre 1993, et les formulaires E 128 et E 128 B (travailleurs détachés et travailleurs dans des situations comparables en séjour dans un Etat d'activité autre que l'Etat compétent; personnes en séjour dans un Etat autre que l'Etat compétent pour y suivre des études ou une formation professionnelle), dont les modèles étaient annexés à la décision n° 177 du 5 octobre 1999.

En outre le formulaire E 119 (travailleurs en chômage), dont le modèle était annexé à la décision n° 153 du 7 octobre 1993, est modifié, toujours à compter du 1er juin 2004, pour ne plus concerner les prestations en nature, mais seulement les prestations en espèces.

Par conséquent la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) et le certificat provisoire de remplacement deviennent les seuls documents à établir à partir du 1er juin 2004 en cas de séjour temporaire, quelle que soit la catégorie de personnes envisagée (mis à part bien sûr les Etats qui bénéficient d'un report pour la distribution des CEAM et du certificat et qui sont autorisés à titre dérogatoire à émettre pendant cette période transitoire des formulaires E 111 adaptés, dont le modèle est également fixé par cette décision n° 198.)

A partir du 1er juin 2004, les institutions d'assurance maladie ne doivent plus émettre aucun formulaire E 110, E 119 (sauf nouveau modèle pour les seules prestations en espèces) ou E 128. A toutes les personnes qui demandent une attestation de leurs droits aux

prestations en nature en cas de séjour temporaire, quel qu'en soit le motif, il doit être délivré une CEAM ou un certificat provisoire de remplacement.

On notera que contrairement à ce qu'a prévu la décision n° 191 pour les formulaires E 111 et E 111 B délivrés avant le 1er juin 2004, la décision n° 198 ne prévoit aucune disposition concernant les formulaires E 110, E 119, E 128 et E 128 B délivrés avant le 1er juin 2004 et dont la période de validité s'étend au-delà de cette date.

Dans le même souci d'assurer une continuité pour les intéressés dans l'exercice de leurs droits et d'avoir à retirer ou à considérer comme non valables des formulaires émis antérieurement à la réforme et dont la durée de validité n'a pas expiré, il convient de prendre une mesure de tolérance et de considérer, par analogie, que les formulaires E 110, E 119, E 128 et E 128 B délivrés avant le 1er juin 2004 doivent continuer à être acceptés jusqu'au 31 décembre 2004 au plus tard ou jusqu'à leur date d'expiration si elle est antérieure. Au-delà du 31 décembre 2004 la présentation d'un tel formulaire encore en cours de validité devra systématiquement donner lieu à une demande auprès de l'institution compétente ou du lieu de résidence du document adéquat (carte européenne ou certificat de remplacement, ou encore E 111 adapté pour les Etats encore en cours de période transitoire).

Cette mesure a donc pour conséquence de compléter la liste figurant derrière le premier tiret du point III 4) de la circulaire du 30 mars 2004.

Pour les personnes relevant d'un régime français et séjournant dans un autre Etat, il conviendra, sans préjudice des mesures comparables de tolérance éventuellement prises par cet Etat, de leur donner toutes informations utiles sur cette réforme et de les inciter à demander, selon le cas, une carte européenne ou un certificat de remplacement.

Toutefois une tolérance est établie pour les formulaires E 110, E 119, E 128 et E 128 B en cours de validité le 1er juin 2004 et qui pourront encore être acceptés par les CPAM jusqu'au 31 décembre 2004.

II – <u>Simplification des procédures</u>.

1) Accès direct aux prestataires de soins.

Actuellement, l'article 22, paragraphe 1, du règlement n° 574/72 dispose que « *pour bénéficier des prestations en nature de l'article 22 paragraphe 1 point a) i) du règlement, sauf dans le cas visé à l'article 20 du règlement d'application* [travailleurs salariés des transports internationaux et membres de leur famille - formulaire E 110], *le travailleur salarié ou non salarié est tenu de présenter à l'institution du lieu de séjour une attestation certifiant qu'il a droit aux prestations en nature.* » Une disposition similaire figure à l'article 26, paragraphe 1, pour les chômeurs et à l'article 31, paragraphe 1, pour les pensionnés.

Certains Etats membres, confortés par cette disposition, exigent encore dans leur réglementation des formalités supplémentaires que l'assuré doit accomplir en principe dès son arrivée sur le territoire de l'Etat de séjour, notamment d'avoir à présenter son attestation communautaire de droits (formulaire E 1..) à l'institution du lieu de séjour. Même si le plus souvent ces formalités sont de facto perdues de vue par les intéressés et leur suivi non sanctionné, elles sont apparues inutilement restrictives et de nature à gêner la libre circulation des personnes.

L'article 2, point 5), du règlement n° 631/2004 modifie sur ce point l'article 22, paragraphe 1, précité qui disposera désormais que « *pour bénéficier des prestations en nature en vertu de l'article 22, paragraphe1, point a) i), du règlement, le travailleur salarié ou non salarié présente au prestataire de soins un document délivré par l'institution compétente certifiant qu'il a droit aux prestations en nature.* » Les autres dispositions similaires du règlement n° 574/72 sont également modifiées en ce sens.

On notera que l'application de cette mesure de simplification peut être retardée d'un mois au plus par rapport à la date d'effet du règlement n° 631/2004, l'article 5 de ce dernier indiquant qu'un « *accès direct aux prestataires de soins est garanti à compter du 1er juillet 2004 au plus tard.* » Cette possibilité de léger différé a été adoptée à la demande de certains Etats membres pour des raisons techniques d'ordre interne.

Cette simplification n'a pas de conséquence en France où l'organisation de l'assurance maladie garantit déjà cet accès direct, mais elle pourra bénéficier aux personnes couvertes par un régime français lors de séjours temporaires dans certains Etats.

L'attention est cependant appelée sur le fait que la suppression des formalités purement administratives préalables à toute demande de soins ne signifie pas pour autant que tous les soins reçus dans l'Etat de séjour sont automatiquement et sans conditions pris en charge. En effet le principe demeure selon lequel une personne en séjour temporaire dans un autre Etat obtient la prise en charge des soins nécessaires du point de vue médical, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour, selon les dispositions de la législation appliquée par l'institution du lieu de séjour, comme si cette personne était affiliée à cette institution, autrement dit avec les mêmes droits et obligations en matière de prestations en nature que les assurées du régime de l'Etat de séjour. Ces obligations peuvent par exemple comporter l'obligation de recourir à un médecin du système sanitaire public (existence d'un secteur privé hospitalier et non hospitalier hors de la sécurité sociale), l'obligation pour consulter un médecin spécialiste d'obtenir une prescription en ce sens d'un médecin généraliste, l'obligation de demander une entente préalable pour certaines prestations, etc.

2) Suppression de la notification d'hospitalisation.

L'article 17, paragraphe 6, du règlement n° 574/72, concernant le service des prestations en nature en cas de résidence dans un Etat membre autre que l'Etat compétent dispose qu' « *en cas d'hospitalisation, l'institution du lieu de résidence notifie à l'institution compétente, dans un délai de trois jours suivant la date à laquelle elle en a pris connaissance, la date d'entrée à l'établissement hospitalier et la durée probable de l'hospitalisation, ainsi que la date de sortie. Toutefois, il n'y a pas lieu à notification lorsque les dépenses de prestations en nature font l'objet d'un remboursement forfaitaire à l'institution du lieu de résidence.*»

Un renvoi à cette disposition est repris dans les articles concernant le service des prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un autre Etat, rendant cette procédure de notification obligatoire également dans cette situation.

Constatant le caractère obsolète de cette procédure de notification et dans un souci de simplification, l'article 2 du règlement n° 631/2004 la supprime totalement, tant en cas de résidence dans un Etat autre que l'Etat compétent qu'en cas de séjour temporaire dans un autre Etat que l'Etat compétent ou l'Etat de résidence.

En complément, la décision n° 198 du 23 mars 2004 (non encore publiée) de la commission administrative supprime le formulaire E 113 « Hospitalisation, notification d'entrée et de sortie », dont le modèle était annexé à la décision n° 179 du 18 avril 2002.

En cas d'hospitalisation d'une personne lors d'un séjour temporaire, les institutions d'assurance maladie du lieu de séjour n'ont plus à émettre de notifications d'entrée et de sortie sur formulaire E 113.

2) Suppression de la notification/opposition en cas d'octroi de prestations en nature de grande importance.

L'article 17, paragraphe 7, du règlement n° 574/72, concernant le service des prestations en nature en cas de résidence dans un Etat membre autre que l'Etat compétent stipule que « *l'institution du lieu de résidence avise au préalable l'institution compétente de toute décision relative à l'octroi de prestations en nature dont les coûts probables ou effectifs excèdent un montant forfaitaire arrêté et revu périodiquement par la commission administrative. L'institution compétente dispose d'un délai de quinze jours à compter de l'envoi de cet avis pour notifier, le cas échéant, son opposition motivée ; l'institution du lieu de résidence octroie les prestations en nature si elle n'a pas reçu d'opposition à l'expiration de ce délai. Si de telles prestations en nature doivent être octroyées en cas d'urgence absolue, l'institution du lieu de résidence en avise sans délai l'institution compétente. Toutefois, il n'y a pas lieu de notifier l'opposition motivée lorsque les dépenses de prestations en nature font l'objet d'un remboursement forfaitaire à l'institution du lieu de résidence.*»

Un renvoi à cette disposition est repris dans les articles concernant le service des prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un autre Etat, rendant cette procédure de notification/opposition obligatoire également dans cette situation.

Toujours dans un souci de simplification, l'article 2 du règlement n° 631/2004 supprime totalement aussi cette deuxième procédure, tant en cas de résidence dans un Etat autre que l'Etat compétent qu'en cas de séjour temporaire dans un autre Etat que l'Etat compétent ou l'Etat de résidence.

En complément, la décision n° 198 du 23 mars 2004 (non encore publiée) de la commission administrative supprime le formulaire E 114 « Octroi de prestations en nature de grande importance », dont le modèle était annexé à la décision n° 179 du 18 avril 2002.

En cas d'octroi de certaines prestations en nature de grande importance à une personne en séjour temporaire, les institutions d'assurance maladie du lieu de séjour n'ont plus à émettre de notifications sur formulaire E 114 et les institutions compétentes ne peuvent s'opposer à cet octroi du seul fait de la nature des prestations en cause.

III – <u>Relations entre les institutions et les usagers</u>.

Considérant qu'une application efficace et correcte du règlement n° 1408/71 suppose que s'établisse une coopération loyale entre les institutions de sécurité sociale et les personnes couvertes, accroissant ainsi l'efficacité des premières et la satisfaction des besoins des seconds, le règlement n° 631/2004 introduit dans le règlement n° 1408/71 un article 84 bis nouveau traitant des relations entre les institutions de sécurité sociale et les personnes couvertes par le règlement.

Le paragraphe 1 de l'article nouveau consacre ce principe en stipulant que les institutions et les personnes couvertes par le règlement sont tenues à une obligation mutuelle d'information et de coopération. Pour les institutions l'engagement, lié au principe de bonne administration, vise à répondre dans un délai raisonnable à toutes les demandes et de fournir à cette occasion toute information requise, notamment en cas de modification de la législation appliquée, permettant aux intéressés d'exercer les droits conférés par le règlement. Pour les personnes couvertes, l'engagement vise l'obligation d'informer dans les meilleurs délais les institutions concernées de l'Etat compétent et de l'Etat de résidence de tout changement dans leur situation personnelle ou familiale susceptible d'affecter leur droit à des prestations au titre du règlement, par exemple un début, un changement ou une fin d'activité professionnelle salariée ou non salariée, un transfert de résidence, un changement dans la situation familiale ou l'attribution d'une prestation au titre d'une autre législation nationale.

Le paragraphe 2 ajoute que le non respect de cette obligation d'information de la part des personnes couvertes peut être sanctionné. Toutefois, transposant la jurisprudence de la Cour de justice (arrêt du 22 février 2001, *Camarotto* et *Vignone*, aff. jointes C-52/99 et C-53/99), le règlement précise que les mesures prises doivent être proportionnées et conformes au droit national, qu'elles ne doivent pas avoir des effets plus importants que ceux qui résultent des mesures applicables à des situations similaires relevant de l'ordre juridique interne (équivalence) et qu'elles ne doivent pas rendre impossible en pratique ou excessivement difficile l'exercice des droits conférés aux intéressés par le règlement n° 1408/71.

Enfin le paragraphe 3 impose à l'institution de l'Etat compétent ou de l'Etat de résidence à s'adresser à toute autre institution d'un autre Etat membre concerné pour rechercher une solution en cas de difficulté d'interprétation ou d'application du règlement susceptible d'influer sur les droits d'une personne qu'il couvre. Si une solution n'est pas trouvée dans un délai raisonnable, les autorités compétentes de l'un des Etats concernés peuvent saisir la commission administrative de la question.

Ce dernier paragraphe fait implicitement référence également à la jurisprudence de la Cour de justice qui mentionne que l'institution du lieu de séjour et l'institution compétente ou du lieu de résidence assument conjointement la tâche d'appliquer les dispositions du règlement n° 1408/71 concernant le droit aux prestations en nature en cas de séjour temporaire et doivent, conformément aux articles 10 du traité CE et 84 dudit règlement, coopérer (en collaborant et en instaurant un dialogue) afin d'assurer une application correcte des dispositions en cause et le plein respect des droits conférés par ces dispositions aux intéressés en vue de faciliter la libre circulation de ces assurés sociaux (arrêt du 25 février 2003, *Ioannidis*, aff. C-326/00.) Dans ce même arrêt la Cour souligne qu'il appartient à l'institution compétente ou du lieu de résidence de contribuer à faciliter une application correcte des dispositions en cause à son assuré. Par ailleurs, la Cour a affirmé à de nombreuses reprises que dans l'occurrence où les institutions concernées ne parviendraient pas à se mettre d'accord, notamment sur l'appréciation des faits propres à une situation spécifique et par conséquent sur la question de savoir si celle-ci relève d'un article déterminé du règlement n° 1408/71, il leur est loisible d'en appeler à la commission administrative (voir par exemple arrêt du 10 février 2000, *Fitzwilliam*, aff. C-202/97.)

Pour des raisons évidentes d'efficacité, la saisine de la commission administrative ne devrait intervenir qu'en cas de difficultés persistantes et sur des cas précis de divergence d'interprétation ou d'application. Les institutions ne peuvent toutefois saisir elles-mêmes la commission, mais doivent pour ce faire s'adresser à leurs autorités compétentes, membres de cette instance. Enfin, on retiendra que si cet article 84 bis a été conçu dans l'optique de l'application des dispositions du règlement relatives à l'assurance maladie, sa rédaction et sa place dans le règlement lui confèrent un rôle plus général et il doit s'appliquer pour tout le champ de ce texte.

Sont mentionnées les obligations réciproques d'information des institutions et des assurés dans un cadre de coopération mutuelle, la possibilité de sanctionner, sous certaines conditions restrictives, le non respect par l'assuré de son obligation d'information des institutions et le devoir de coopération entre institutions en cas de difficultés d'interprétation ou d'application à l'occasion du traitement de cas particuliers. Cette coopération passe essentiellement par une mise en relation des institutions concernées, voire en cas d'insuccès par une saisine de la commission administrative.

IV – <u>Autres dispositions</u>.

1) Adaptations à l'introduction de la CEAM.

Si la création de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) pour se substituer au formulaire E 111 ne nécessitait pas l'intervention d'une mesure réglementaire, mais de simples décisions de la commission administrative, il convenait cependant d'adapter en retour certaines dispositions du règlement n° 574/72 à l'existence de la CEAM.

C'est ainsi que l'article 2, point 1), du règlement n° 631/2004 modifie l'article 2, paragraphe 1, du règlement d'application pour remplacer les termes « *certificats, attestations, déclarations, demandes et autres documents* » par le terme générique de « *documents* » afin de pouvoir englober les « cartes » électroniques ou non électroniques comme la CEAM de première étape. On notera également la suppression de la phrase : « *Deux Etats membres ou leurs autorités compétentes peuvent, d'un commun accord, et après avis de la commission administrative, adopter des modèles simplifiés dans leurs relations mutuelles* ». Il a en effet été jugé préférable de laisser le soin à la commission administrative, dans ses différentes décisions fixant les modèles de documents, d'introduire ou non cette possibilité au cas par cas, selon la nature du ou des documents dont les modèles communautaires sont fixés.

De même l'article 2, point 10), du règlement modificatif adapte le texte du paragraphe 1 de l'article 117 du règlement n° 574/72, concernant le traitement de l'information, pour remplacer également les mêmes termes « *certificats, attestations, déclarations, demandes et autres documents* » par le terme générique de « *documents* ».

2) Information.

L'article 3 du règlement n° 631/2004 stipule que « *les Etats membres veillent à la fourniture des informations appropriées en ce qui concerne les modifications des droits et obligations qui sont introduites par le présent règlement.* » Compte tenu de la concomitance, le 1er juin 2004, de la prise d'effet de ce règlement modificatif et de l'introduction de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM), les actions de communication et d'information des institutions d'assurance maladie (cf. point II 3) de la circulaire du 30 mars 2004) devront porter cumulativement sur les deux sujets, intrinsèquement liés.

A cet égard, il est indiqué au point I 2) de la présente circulaire que les institutions peuvent se référer pour préparer leurs actions de communication et d'information à un document de la Commission, annexé et intitulé « Document 1 - Lignes directrices relatives à l'application uniforme de l'article 22 § 1 a) i) par les institutions de sécurité sociale des Etats membres. »

En complément, et toujours pour le même objet, vous trouverez ci-joint deux autres documents de même provenance et de même nature, intitulés « Document 2 – Informations pratiques à destination des prestataires de soins qui reçoivent les titulaires d'une carte d'assurance maladie européenne » et « Document 3 – Droits et obligations des titulaires des cartes européennes d'assurance maladie ou des documents équivalents suite à la modification des articles 22 §1 a), 25 §1 a) et 31 §1 a). »

Il est rappelé qu'il ne s'agit pas de textes juridiquement contraignants, mais de commentaires autorisés sur les changements induits par les modifications des articles cités, donnant des indications pratiques pour les institutions d'assurance maladie, les prestataires de soins et les usagers. Certains développements doivent être adaptés compte tenu des caractéristiques des régimes français ou d'autres carrément abandonnés pour les mêmes raisons. Il ne s'agit que de lignes directrices et il n'y a donc aucune obligation de reprise point par point de ces textes.

*

En dernier lieu je souligne l'intérêt qui s'attache à pouvoir disposer d'un suivi administratif et financier de la mise en œuvre concomitante de ces deux séries de mesures de réforme (introduction de la carte européenne d'assurance maladie et alignement des droits aux prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un autre Etat).

L'architecture retenue pour la production et la distribution des CEAM permettra d'assurer un suivi de production et d'obtenir des statistiques concernant les demandes de cartes et leur traitement.

Par ailleurs le traitement des demandes de remboursement entre régimes nationaux (via les relevés E 125 désormais dématérialisés et qui seront adaptés en fonction de l'introduction des cartes et autres documents) par les institutions et par le CLEISS permettront d'avoir un suivi a posteriori et global des évolutions financières.

Mais il est nécessaire de pouvoir apprécier de façon plus fine et plus immédiate les effets sur les dépenses exposées dans les autres Etats, à charge des régimes français, de ces mesures d'alignement des droits et d'introduction d'une carte et il appartient aux caisses nationales de mettre en place les moyens particuliers de suivi qui leur paraîtront les plus appropriés, par exemple auprès de quelques caisses locales choisies pour leur représentativité et leur implication dans les mouvements étudiés, par des enquêtes par sondages ou sur échantillons ou par la mise en place d'indicateurs spécifiques.

*

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer lors de l'application du règlement n° 631/2004 et des présentes instructions.

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

Dominique LIBAULT