

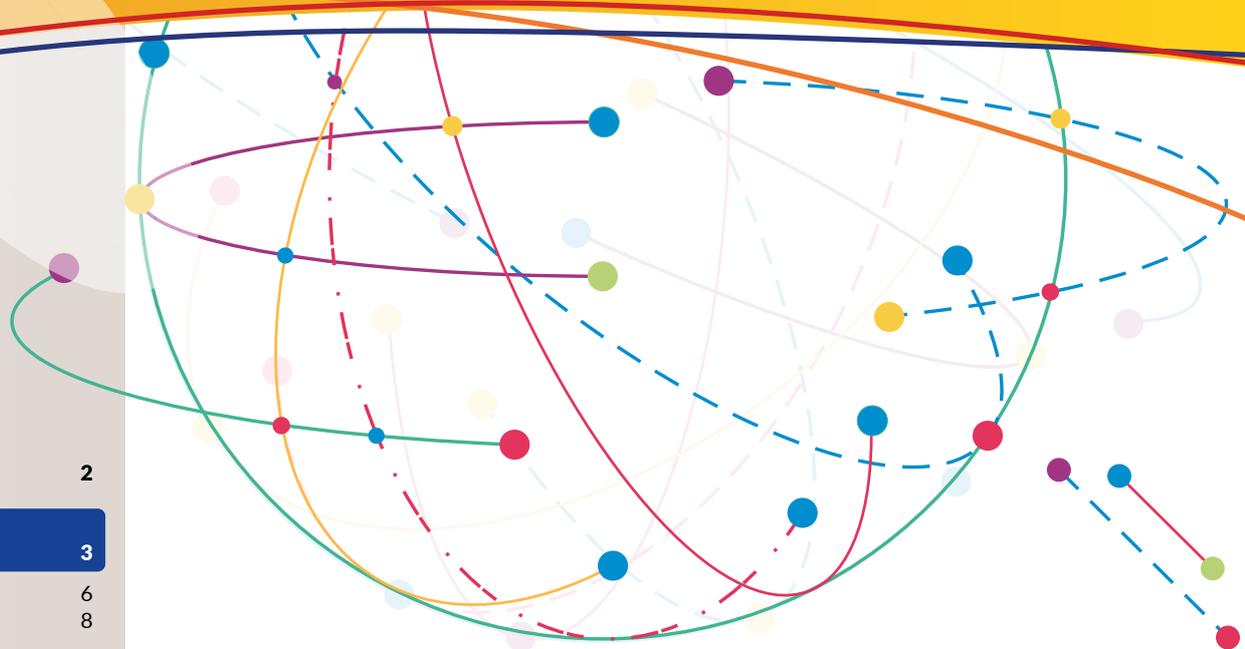
DÉCRYPTAGE

N°25

Septembre 2021

ÉTUDES ET ANALYSES DU CLEISS

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE



SYNTHÈSE DES FLUX FINANCIERS EN 2019

2

CRÉANCES PRÉSENTÉES PAR LA FRANCE

3

Aux pays de l'UE-EEE-Suisse 6
Aux pays hors UE-EEE-Suisse 8

DETTES PAYÉES PAR LA FRANCE

10

Aux pays de l'UE-EEE-Suisse 13
Aux pays hors UE-EEE-Suisse 15

ANNEXE ET CONCLUSION

19

GLOSSAIRE ET RÉFÉRENCES

20



POUR CONSULTER OU DÉCOUVRIR LES AUTRES PUBLICATIONS DU CLEISS :
> RAPPORTS STATISTIQUES

> REGARD SUR



Antonio Araujo
decryptage@cleiss.fr

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

LES DÉPENSES RELATIVES AUX SOINS DE SANTÉ EN 2019 DANS LE CADRE DE LA MOBILITÉ INTERNATIONALE

L'objet de cette étude est de détailler les dépenses de santé exposées en 2019 par les caisses françaises d'assurance maladie en application des accords internationaux de sécurité sociale (règlements européens, conventions bilatérales ou décrets de coordination).

Elle débute par une synthèse financière entre ces caisses et les pays étrangers avant d'aborder, en premier lieu, les dépenses résultant des soins dits « de santé » (soins médicaux, dentaires, médicaments, hospitalisation, autres prestations) dispensés, en France (c'est-à-dire y compris les départements d'outre-mer), à des assurés des régimes étrangers, étant précisé que ces dépenses ont vocation à être remboursées par ces régimes aux caisses françaises, soit sur la base de **factures**, soit sur la base de **forfaits**. Sont cependant mises à l'écart les dépenses pour soins de santé non présentées à certains pays en raison des **accords de renonciation et des dispositions conventionnelles spécifiques** en vigueur.

Elle s'intéresse, en second lieu, aux dépenses résultant des soins de santé dispensés à l'étranger aux assurés des régimes français, dépenses qui correspondent à plusieurs situations possibles :

- le coût de ces soins a d'abord été pris en charge par les régimes étrangers, qui doivent, par la suite, être remboursés par la France, sur la base de factures ou de forfaits, en application des accords internationaux de sécurité sociale ;
- les assurés des régimes français ont procédé à l'avance des frais : la caisse d'assurance maladie française peut alors leur rembourser les soins au titre de la **directive sur les soins de santé transfrontaliers** ou de la **légalisation interne** ;
- ils sont bénéficiaires de soins dans le cadre de **conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale transfrontalières** : les soins sont alors pris en charge par les caisses de sécurité sociale françaises sans que ces assurés n'aient à faire l'avance des frais puisque lesdites conventions ont généralisé le système du tiers payant.

SYNTHÈSE FINANCIÈRE

En 2019, le bilan des créances et dettes révèle deux soldes en faveur de la France : un net « payé » de +326,46 millions d'€ et un net « présenté » de +230,25 millions d'€

Tableau 1. CRÉANCES ET DETTES PAYÉES ET PRÉSENTÉES EN 2019 (EN MILLIONS D'€)

Pays	Créances payées à la France	Dettes payées par la France	Soldes	Créances présentées par la France	Dettes introduites par les régimes étrangers	Soldes
UE-EEE-Suisse	967,89	460,72	507,17	874,50	432,82	441,68
Hors UE-EEE-Suisse	13,54	194,25	-180,71	44,39	255,82	-211,43
Tous pays	981,43	654,97	326,46	918,89	688,64	230,25

Source : CNSE

Au cours de l'année 2019, comme les autres années, la France a perçu plus de remboursements de soins de santé en provenance des organismes étrangers qu'elle ne leur en a versés. Les dettes payées par la France s'élèvent en effet à **654,97 millions d'€** (dont 511,97 millions d'€ par la CNSE dans le cadre de la coordination, voir partie III ci-après) **contre 981,43 millions d'€** en provenance des organismes étrangers (créances payées) et **uniquement dans le cadre de la coordination**. Il s'ensuit un solde positif en faveur de la France de 326,46 millions d'€, contre +334,76 millions d'€ l'année précédente, sachant que le périmètre des remboursements n'est pas le même pour les créances et les dettes payées. En effet, d'un point de vue purement comptable, les remboursements « hors coordination » des organismes de sécurité sociale étrangers, c'est-à-dire les remboursements à leurs assurés sur présentation des factures de soins dès leur retour au pays, n'ont aucune incidence sur le montant de la créance française puisque ces opérations sont de l'ordre de la législation interne à chaque pays.

Dans le détail, les remboursements réglés par la France concernent, d'une part, les soins de santé pris en charge dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales et des décrets de coordination, c'est-à-dire dans le cadre de la coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale. D'autre part (voir la partie III de la présente étude), toutes les dépenses de santé remboursées par les régimes français à leurs assurés qui ont bénéficié de soins à l'étranger, sur présentation des factures dès leur retour en France ; ainsi que celles payées directement par les caisses de sécurité sociale à des établissements de santé à l'étranger ; soins qui en conséquence échappent au circuit de la coordination.

La quasi-totalité des sommes remboursées à la France provient des organismes étrangers des pays membres de la zone UE-EEE-Suisse. 967,89 millions d'€ ont été en effet remboursés au CNSE par ces organismes étrangers. Cela correspond à des remboursements plus de 2,1 fois plus élevés que ceux effectués par la France à destination des pays de la même zone ou par les caisses d'assurance maladie françaises aux assurés des régimes français qui s'y sont vus dispensés des soins (460,72 millions d'€). Ainsi, 98,6% des dépenses de soins de santé remboursées au CNSE le sont par les pays de l'UE-EEE-Suisse, tandis que dans le sens inverse, 70,3% des remboursements du CNSE ou des caisses d'assurance maladie françaises le sont en direction des pays de cette même zone ou pour les assurés français qui s'y sont vus dispensés des soins de santé.

Les dépenses remboursées par la France aux pays hors UE-EEE-Suisse sont nettement plus importantes que celles réglées par ces mêmes pays. Le solde français des dépenses de soins de santé est donc débiteur de 180,71 millions d'€ : 194,25 millions d'€ remboursés par les organismes français aux pays situés en dehors de la zone UE-EEE-Suisse, ou aux assurés français qui y ont eu des soins de santé, contre 13,54 millions d'€ de remboursements en provenance de ces pays. Dans le cadre des conventions bilatérales et des décrets de coordination auxquels la France est partie, en matière de sécurité sociale, il s'agit d'une part, de séjours temporaires dans le pays d'origine des travailleurs occupés en France, d'autre part, des familles et pensionnés restés dans le pays d'origine. Les liens historiques entre la France et le Maghreb ainsi que les liens très forts, ou les nombreux échanges, entre la France métropolitaine et les territoires du Pacifique (Nouvelle-Calédonie et Polynésie française), expliquent majoritairement, en

matière de remboursements des soins, les volumes élevés de personnes ressortissantes, respectivement, des pays d'Afrique du nord et des deux archipels d'Océanie.

Au cours de l'année 2019, les créances présentées par la France aux organismes étrangers atteignent 918,89 millions d'€ alors que dans le même temps les dettes introduites par les régimes étrangers se montent à 688,64 millions d'€. 95,2% des créances présentées par la France concernent des soins de santé délivrés à des assurés des pays de la zone UE-EEE-Suisse. Par ailleurs, 62,8% des dettes introduites le sont par les pays de cette même zone.

Toutefois, il est à préciser que la charge financière supportée réellement par les régimes de sécurité sociale français, pour les soins de santé servis en 2019 aux assurés des régimes étrangers, ne se limite pas à 918,89 millions d'€ (voir tableau 1). Effectivement, la France ne met pas en recouvrement un montant de 21,14 millions d'€ en application des accords de renonciation et des dispositions conventionnelles spécifiques en vigueur (Voir à la fin **Annexe : Tableau 5**). Ainsi, la charge financière en question s'élève en réalité à $918,89 + 21,14 = 940,03$ millions d'€.

Du côté français, en 2019, les créances ont été présentées, en premier lieu, pour les prestations servies au cours du 2^{ème} semestre 2018 ainsi que du 1^{er} semestre 2019, en deuxième lieu, pour la valorisation des créances présentées à la Polynésie française dans le cadre d'une commission mixte, enfin, pour la dotation forfaitaire annuelle versée par Wallis-et-Futuna, conformément à la convention relative à la prise en charge des soins des patients lors d'évacuations sanitaires en métropole.



N.B. : dans la suite de cette étude, il sera question exclusivement des créances présentées¹ et des dettes payées² par la France. En effet, les données relatives aux créances payées et aux dettes introduites par les organismes étrangers qui sont remontées au Cleiss sont uniquement agrégées par pays, et n'ont donc pas le niveau de détail (typologie, nature des soins) présenté ci-après.

1. Rapport statistique 2019 du Cleiss (pages 14 à 20)

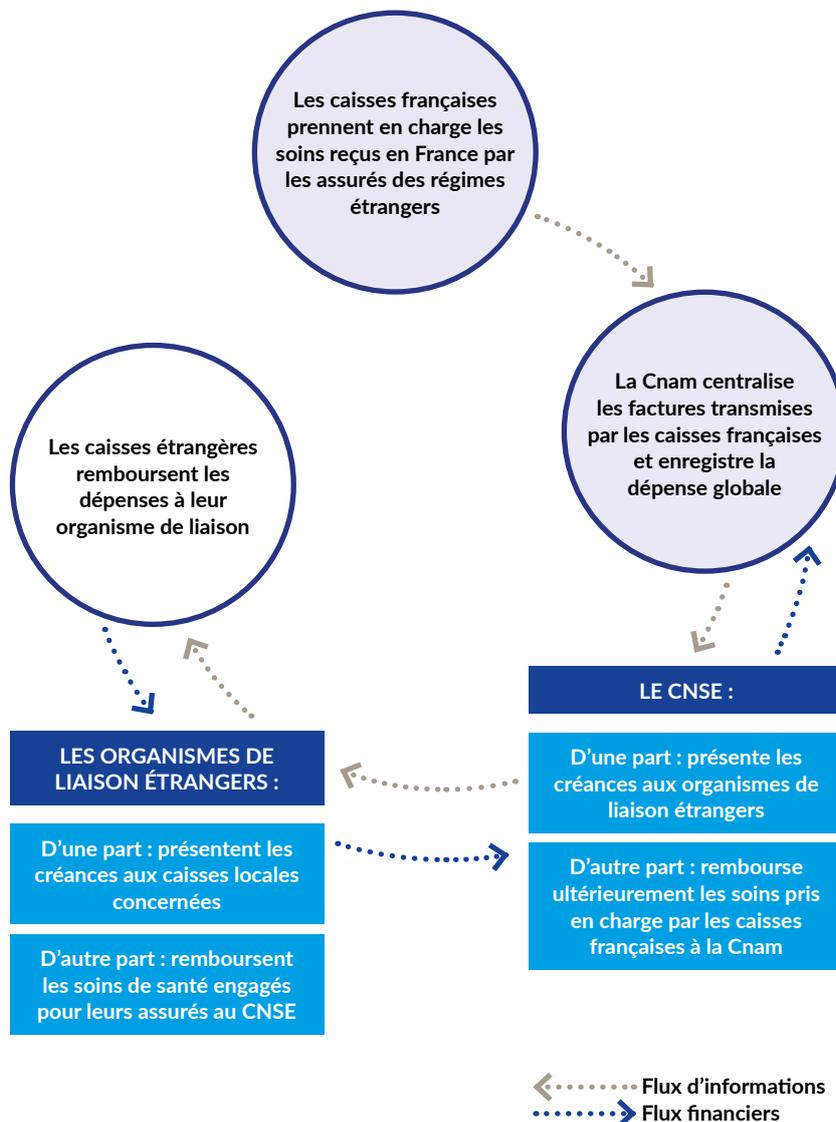
2. Rapport statistique 2019 du Cleiss (pages 35 à 44)

DÉPENSES DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE AU TITRE DES SOINS DE SANTÉ DISPENSÉS AUX ASSURÉS DES RÉGIMES ÉTRANGERS DANS LE CADRE DE LA COORDINATION

Encadré 1. DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ EN FRANCE DES ASSURÉS DES RÉGIMES ÉTRANGERS

Les dépenses en France concernent les assurés des régimes étrangers qui ont reçu des soins en France pris en charge par les caisses françaises en application des règlements européens, d'une convention bilatérale ou d'un décret de coordination. Les créances correspondant au montant des dépenses de soins de santé engagées par les caisses françaises sont ensuite présentées par le CNSE à ses différents partenaires étrangers. Sont écartées, néanmoins, les dépenses non présentées à certains pays compte tenu des **accords de renonciation et des dispositions conventionnelles spécifiques** en vigueur.

Circulation des flux (d'informations et financiers) entre la France et les organismes de sécurité sociale étrangers



Concernant les prestations servies en France aux assurés des régimes étrangers, ce numéro de Décryptage s'intéresse, comme précisé plus haut, aux prestations servies au cours du 2^{ème} semestre 2018 et du 1^{er} semestre 2019 et qui ont fait l'objet de présentation de créances aux pays étrangers durant l'année 2019. Dans un souci de simplification, nous nous référerons à ces prestations sous le terme « prestations servies en 2019 ».

Il est à noter que le nombre d'actes de soins accomplis sur le territoire français pour les assurés des régimes étrangers est en réalité plus important que ceux dont les dépenses de soins feront uniquement l'objet d'un remboursement par les caisses étrangères de sécurité sociale. En effet, cette partie de l'étude ne reprend que les prestations dont le coût a été supporté par les institutions françaises dans le cadre de la coordination : les dépenses effectuées par des assurés affiliés aux régimes des États de l'UE-EEE-Suisse autres que la France et qui n'auraient pas demandé l'application des règlements ou conventions en France ne sont pas prises en compte, tout comme les dépenses effectuées par des assurés dont le pays n'est lié avec la France par aucun accord de sécurité sociale. Le montant des prestations hors coordination reste donc inconnu des institutions françaises car ces assurés règlent immédiatement le coût des soins qui leur sont, le cas échéant, directement remboursés par leur assurance maladie à leur retour dans leur pays d'origine ; ce qui, par conséquent, constitue une opération neutre en termes de coût pour l'assurance maladie française.

Tableau 2.
PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SERVIES EN FRANCE EN 2019 (en euros)

Pays	Créances présentées	-	Frais de gestion	=	Prestations servies		
					Dépenses	Nombre de bénéficiaires	Montant moyen
UE-EEE-Suisse	874 498 593		13 220 125		861 278 468	433 586	1 986
Hors UE-EEE-Suisse	44 386 110		2 402 269		41 983 841	11 196	3 750
Tous pays	918 884 703		15 622 394		903 262 309	444 782	2 031

Source : CNSE

En 2019, près de 445 000 assurés des régimes étrangers ont bénéficié sur le territoire français de la prise en charge des soins, dans le cadre de la coordination, pour un montant de 903,26 millions d'€, soit par rapport à l'année précédente, une augmentation de 5%. En 2019, comme en 2018, seuls deux semestres de créances ont été présentés aux pays étrangers et le montant moyen des soins s'élève à 2 031€ par bénéficiaire. Dans le détail, le poids des pays de l'UE-EEE-Suisse étant massif (plus de 95% des 445 000 assurés précités et des dépenses), le montant moyen pour les assurés en provenance de ces pays (1 986€) est relativement proche du montant moyen global ; tandis qu'au contraire, les soins aux assurés en provenance d'un pays hors UE-EEE-Suisse lié à la France par un accord bilatéral couvrant le *risque maladie** s'élèvent en moyenne à 3 750€ par bénéficiaire (+1 719€). Les *frais de gestion* représentent pour l'ensemble des pays un montant de plus de 15,62 millions d'€.

2 031€

C'est, en 2019, dans le cadre de la coordination, le montant moyen des prestations de soins de santé servies en France par bénéficiaire assuré des régimes étrangers.



Pour plus de détails sur les conventions bilatérales, les risques qu'elles couvrent et leurs champs d'application.



* Pays signataires d'un accord de sécurité sociale avec la France qui couvre de manière plus ou moins élargie les risques maladie, maternité et accidents du travail-maladies professionnelles : Algérie, Andorre, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Israël, Jersey, Kosovo, Macédoine du Nord, Madagascar, Mali, Maroc, Mauritanie, Monaco, Monténégro, Niger, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Québec, Saint-Pierre-et-Miquelon, Sénégal, Serbie, Togo, Tunisie et Turquie.

Tableau 3.
DÉTAILS DES PRESTATIONS DE SOINS SERVIES EN FRANCE EN 2019 (en euros)

Pays	Factures	+	Forfaits	+	Contrôles médicaux	=	Prestations servies
UE-EEE-Suisse	861 267 607		-		10 861		861 278 468
Hors UE-EEE-Suisse	5 608 276		36 375 229		336		41 983 841
Tous pays	866 875 883		36 375 229		11 197		903 262 309

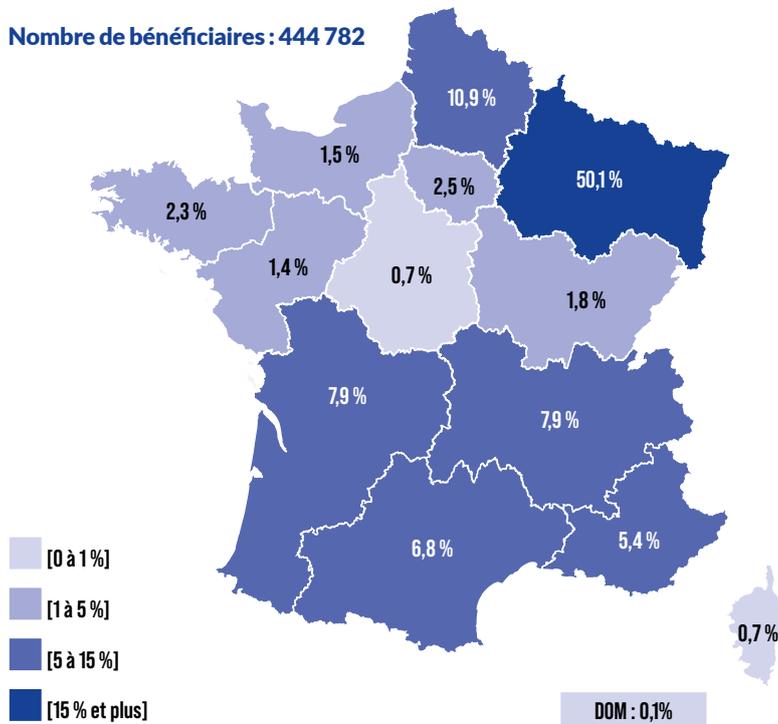
Source : CNSE - Note de lecture : Prestations servies = Factures + Forfaits + Contrôles médicaux

Les prestations servies en France incluent l'ensemble des données communiquées par la Cnam¹ au CNSE, tandis que sont exclues les dépenses pour soins de santé non mises en recouvrement dans le cadre des accords de renonciation et des dispositions conventionnelles spécifiques pour un montant global de 21,14 millions d'€ (Voir à la fin **Annexe : Tableau 5**).

1. La Cnam centralise les factures pour l'ensemble des régimes français, et dans le cadre des conventions, seul le régime général est concerné et a été désigné comme régime d'accueil, à l'exclusion de tout autre régime

Carte 1.
ASSURÉS DES RÉGIMES ÉTRANGERS BÉNÉFICIAIRES DE SOINS DE SANTÉ EN FRANCE SELON LA RÉGION DES SOINS

Nombre de bénéficiaires : 444 782



Source : CNSE

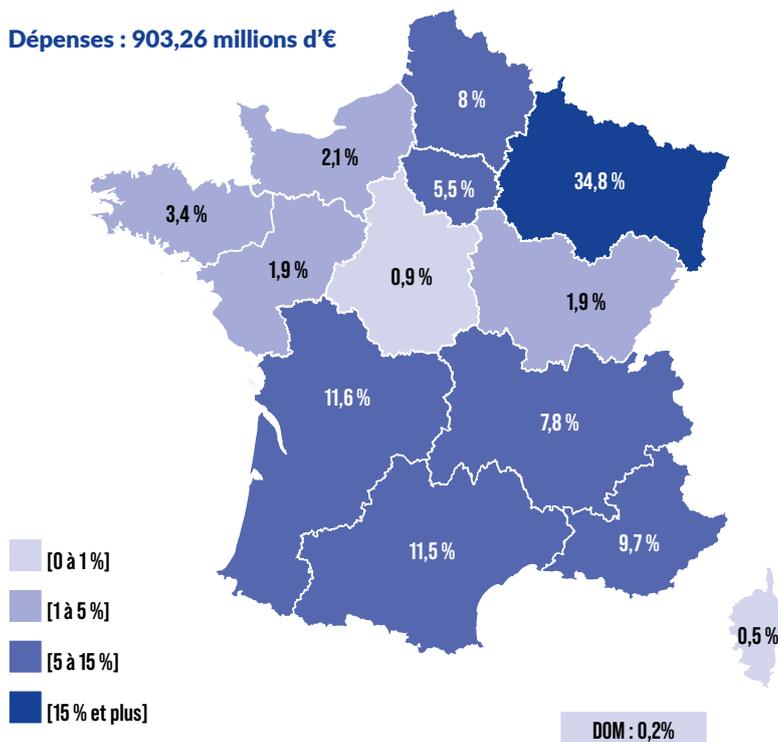
Quatre régions (Grand-Est, Hauts-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine) ont concentré en 2019 les trois-quarts des assurés des régimes étrangers bénéficiaires de soins de santé sur le territoire français.

La moitié (50,1%) des assurés des régimes étrangers bénéficiaires de soins de santé sur le territoire français ont reçu ces soins dans le Grand Est. Suivent les régions des Hauts-de-France (10,9%), d'Auvergne-Rhône-Alpes et de Nouvelle-Aquitaine (toutes deux 7,9%). Ainsi en 2019, ces quatre régions ont dispensé à elles seules des soins à 76,9% des assurés des régimes étrangers. La présence de nombreux travailleurs frontaliers explique une telle concentration de bénéficiaires étrangers dans les trois premières régions. La Nouvelle-Aquitaine est pour sa part plutôt concernée par les touristes et les pensionnés étrangers qui y résident. Par ordre décroissant d'importance, viennent ensuite l'Occitanie (6,8%) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,4%), qui accueillent dans leurs établissements de santé près d'un bénéficiaire étranger sur huit (12,2%), parmi lesquels se trouvent essentiellement des retraités et des touristes ; la région Ile-de-France est en 7^{ème} position.

NB : Seuls 436 433 bénéficiaires des régimes étrangers ont pu être ventilés par région des soins en France.

Carte 2.
DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES ÉTRANGERS EN FRANCE SELON LA RÉGION DES SOINS

Dépenses : 903,26 millions d'€



Source : CNSE

Le Grand-Est a représenté plus d'un tiers des dépenses de soins consacrées aux assurés des régimes étrangers mais c'est en Ile-de-France que le coût moyen par assuré a été le plus élevé, en raison d'un volume de soins programmés plus important.

NB : Seuls 866,89 M€ des dépenses de santé des assurés des régimes étrangers ont pu être ventilés par région des soins en France.

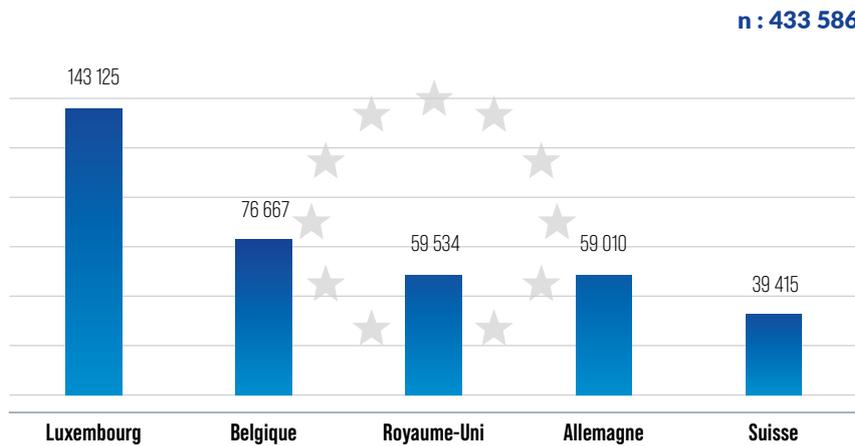
Assez naturellement la région Grand Est, compte tenu de l'effet volume (voir ci-dessus), arrive en tête des régions françaises, avec plus d'un tiers des dépenses (34,8%) des soins de santé délivrés à des assurés soumis aux législations étrangères. Le coût moyen des soins dans cette région se chiffre toutefois à 1 380€, soit le coût moyen le moins élevé. Arrivent ensuite en proportions quasi égales, en matière de dépenses, les régions Nouvelle-Aquitaine et Occitanie (respectivement 11,6% et 11,5%). L'Ile-de-France, bien qu'elle ne reçoive que 2,5% des bénéficiaires de soins, concentre 5,5% des dépenses et se positionne en 7^{ème} place des régions en termes de flux financiers. Elle est de fait le territoire ayant le coût moyen le plus élevé de France métropolitaine : 4 421€. Ce dernier s'explique probablement par l'impact des soins programmés, lesquels coûtent en moyenne pour l'ensemble des régions 7 415€ par assuré, soit un coût moyen très supérieur, d'une part, à celui des soins médicalement nécessaires ou urgents (2 432€) effectués lors d'un séjour temporaire en France, d'autre part, à celui des soins liés à la résidence en France (1 922€).

Prestations servies en France aux assurés affiliés aux régimes de sécurité sociale des pays de l'UE-EEE-Suisse

87,1 % des assurés des régimes étrangers de sécurité sociale qui ont bénéficié de prestations en 2019 sur le territoire français relevaient de régimes étrangers de cinq pays frontaliers de la France, dont quatre concentraient les trois-quarts de la dépense.

Graphique 1.

PRINCIPAUX PAYS D’AFFILIATION DES ASSURÉS DE L’UE-EEE-SUISSE SELON LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES



Source : CNSE

Un droit d'option pour les travailleurs frontaliers avec la Suisse

Les ressortissants communautaires ou suisses qui travaillent en Suisse et résident en France bénéficient d'un droit d'option entre l'assurance maladie suisse et l'assurance maladie française, s'agissant des prestations en nature.

Ce droit d'option est prévu par l'accord sur la libre circulation des personnes entre l'UE et la Suisse qui est entré en vigueur le 1/6/2002, tel que complété par le règlement (CE) n°883/2004 applicable dans les relations entre la Suisse et les États membres de l'UE depuis le 1/4/2012. L'option ne vaut que pour la couverture maladie.

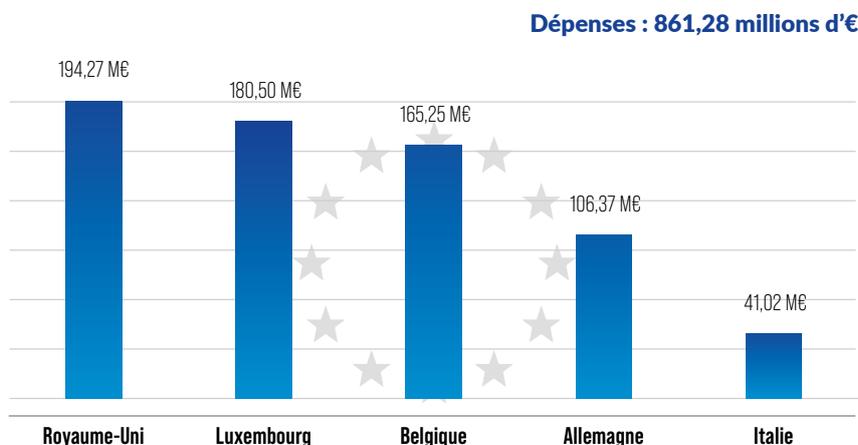
De fait, les données citées pour la Suisse se rapportent uniquement aux personnes qui ont opté pour le régime suisse.

Depuis 2009, les assurés des régimes étrangers qui bénéficient de soins en France viennent très majoritairement des quatre mêmes pays d'affiliation : **Luxembourg, Belgique, Royaume-Uni, Allemagne**. En 2019, ils se partagent respectivement 33%, 17,7%, 13,4% et 13,6% des effectifs. La Suisse, avec 9,1%, apparaît pour la quatrième année consécutive au 5^{ème} rang. Ces cinq pays **rassemblent 87,1% des bénéficiaires étrangers**.

Pour l'Allemagne, la Belgique, le Luxembourg et la Suisse, **les bénéficiaires sont pour la majeure partie des frontaliers**, c'est-à-dire des travailleurs ou des pensionnés résidant en France mais affiliés au système de sécurité sociale de l'un de ces quatre pays, et dans une moindre mesure des assurés (allemands, belges et suisses) en séjour temporaire en France. Quant au Royaume-Uni, pour l'essentiel ce sont des frontaliers (au sens du règlement (CE) n° 883/2004, à savoir des travailleurs au Royaume-Uni qui résident en France où ils « retourne[nt] en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine ») ou des ex-travailleurs en maintien de droits (pré-retraités qui transfèrent leurs droits résiduels à l'assurance britannique vers la France) ainsi que des retraités et leurs familles installés en France et des touristes.

Graphique 2.

PRINCIPAUX PAYS D’AFFILIATION DES ASSURÉS DE L’UE-EEE-SUISSE SELON LE MONTANT DES DÉPENSES

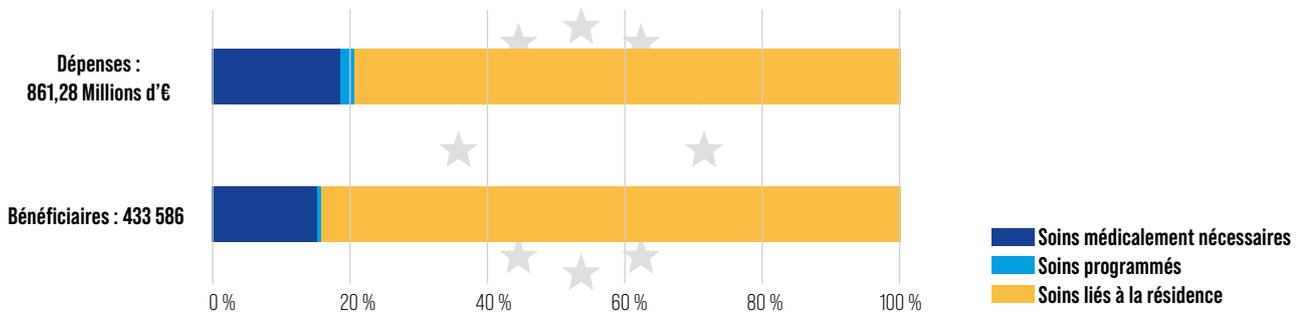


Source : CNSE

Au sujet des dépenses des assurés des régimes de l'UE-EEE-Suisse engagées en France, on retrouve logiquement, bien que dans un ordre différent, les quatre pays cités supra. Le Royaume-Uni est en tête avec 22,6% des dépenses. Suivent le Luxembourg (21%), la Belgique (19,2%) et l'Allemagne (12,4%) ; l'Italie (4,8%) prend ici la place de la Suisse (en 7^{ème} position pour les dépenses). Ces cinq pays regroupent 79,8% des dépenses engagées. Depuis 2009, aussi bien en matière de dépenses que de nombres de bénéficiaires étrangers de soins de santé en France, nous retrouvons systématiquement les quatre mêmes pays. L'Italie et les Pays-Bas alternent entre la 5^{ème} et 6^{ème} place, la Suisse venant depuis 2016 s'insérer dans le classement.

Pour les assurés des pays de l'UE-EEE-Suisse, plus des trois-quarts des dépenses en France concernent des soins liés à la résidence ...

Graphique 3.
SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DE L'UE-EEE-SUISSE EN FRANCE SELON LA TYPOLOGIE DES SOINS



Source : CNSE

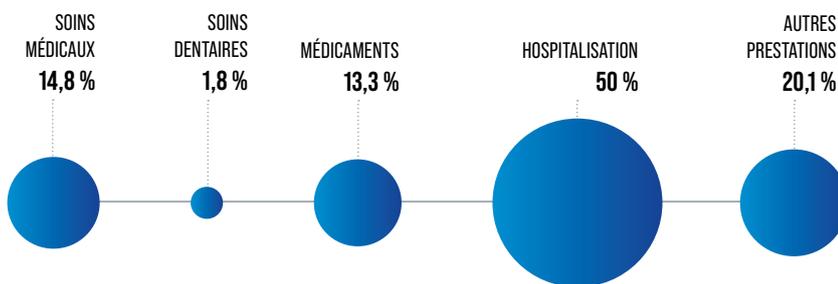
Les soins liés à la résidence en France représentent 79,2 % des dépenses engagées par les caisses françaises pour les assurés des régimes de sécurité sociale des États de l'UE-EEE-Suisse. Ces mêmes soins correspondent dans le même temps, en termes de bénéficiaires, à 84,2 % desdits assurés ayant leur résidence en France. **Les soins médicalement nécessaires**, pour leur part, **correspondent à près du cinquième**

(18,7%) des dépenses, les soins programmés seulement à 2,1%. Cette répartition est quasi identique à l'année précédente. Au sein des assurés résidant en France, les bénéficiaires de soins sont essentiellement des frontaliers travaillant au Luxembourg (38,7%), en Belgique (18,4%), en Allemagne (14%), au Royaume-Uni (11,1% - voir explication page précédente/Graphique 1) et en Suisse (9,8%). Les assurés des régimes étrangers des États

de l'UE-EEE-Suisse ayant reçu des soins en France lors d'un séjour temporaire arrivent principalement du Royaume-Uni (23%), d'Italie (14,6%), de Belgique (12,5%), d'Allemagne (11,7%) et des Pays-Bas (7,5%). Enfin, trois pays concentrent 86,4 % des créances correspondant à des soins programmés : la Belgique (45,5%), le Luxembourg (23,4%) et l'Italie (17,5%).

... et les dépenses sont majoritairement liées à des hospitalisations.

Graphique 4.
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS DE L'UE-EEE-SUISSE EN FRANCE PAR NATURE DE SOINS



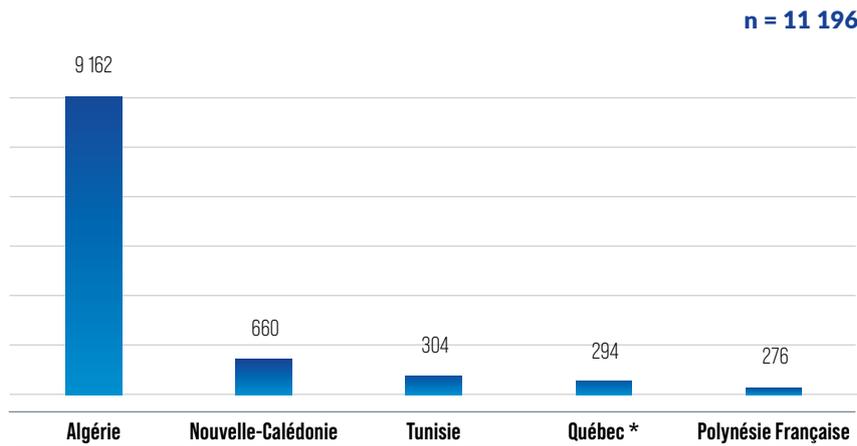
De manière générale, exactement la moitié des dépenses de santé des assurés des régimes étrangers des pays de l'UE-EEE-Suisse en France se rapporte à une hospitalisation. Le 2^{ème} poste de dépenses (20,1%) correspond à la catégorie « autres prestations » qui se rattachent essentiellement aux prestations liées à une hospitalisation. Suivent les soins médicaux (14,8%), les médicaments (13,3%) et pour finir les soins dentaires (1,8%). La répartition des dépenses est quasiment semblable à celle des années antérieures.

NB : la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture, qui représentent quasiment 100% des dépenses pour les assurés de l'UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés selon la nature des soins les 10 861€ de contrôles médicaux.

Prestations servies en France aux assurés affiliés aux régimes de sécurité sociale des territoires et pays hors UE-EEE-Suisse

L'Algérie concentre à elle seule près de 82% des bénéficiaires de prestations dispensées sur le territoire métropolitain pour près de 87% du total des dépenses des assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse

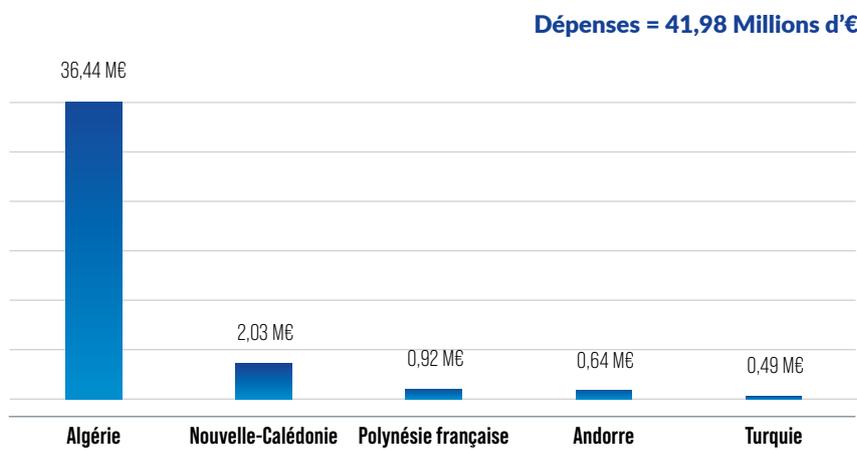
Graphique 5. PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES D'AFFILIATION DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE SELON LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES



Source : CNSE

Concernant les bénéficiaires, on retrouve tout d'abord l'Algérie avec plus de huit sur dix (81,8%) des bénéficiaires de soins de santé sur le territoire métropolitain. Suivent la Nouvelle-Calédonie (5,9%), puis en proportions équivalentes (de 2,7% à 2,5%) la Tunisie, le Québec² et la Polynésie française. Il est à noter qu'à peu de chose près la totalité (99% et plus) des assurés relevant des régimes algériens et tunisiens résident en France, au même titre, mais dans une moindre mesure, que les assurés du régime québécois (74,5%) et polynésien (74,3%). De leur côté, les assurés relevant du régime calédonien ont reçu des soins en France selon une répartition un peu plus dispersée : 27,7% au titre de soins urgents, 10,3% au titre de soins programmés et 62% au titre de soins liés à la résidence.

Graphique 6. PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES D'AFFILIATION DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE SELON LE MONTANT DES DÉPENSES



Source : CNSE

ALGÉRIE
1^{er} pays hors UE-EEE-Suisse des bénéficiaires et des dépenses de soins de santé en France en 2019 dans le cadre de la coordination

En 2019, la créance de la sécurité sociale française sur l'Algérie représente en elle-même 86,8% du total des dépenses des assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse. Presque la totalité de celle-ci (97,6%), soit 35,55 millions d'€, résultent de la valorisation des créances forfaitaires présentées à l'Algérie pour les années 2016 et 2017.

De leur côté, les deux collectivités ultramarines de Nouvelle-Calédonie et Polynésie française,

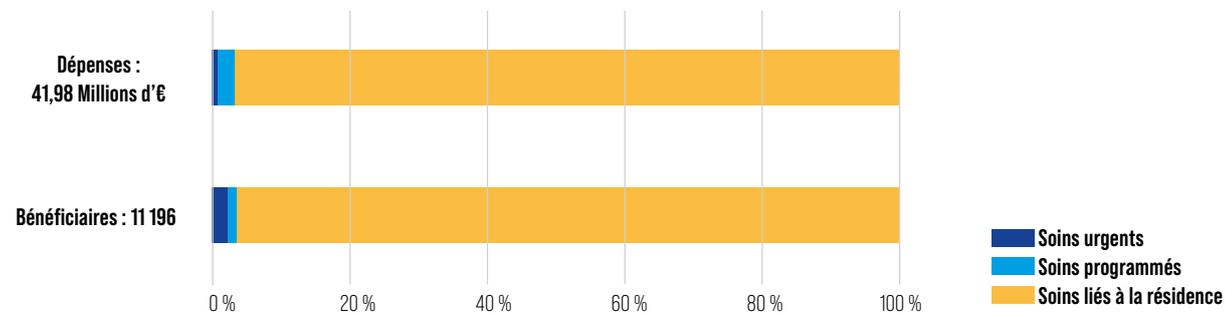
en plus de l'Andorre et de la Turquie, ne correspondent qu'à 9,7% des dépenses, soit un montant totalisant près de 4,1 millions d'€. Par rapport à l'an dernier (exercice 2018) la **créance globale 2019 a été multipliée par 6,5**, passant de 6,42 millions d'€ à près de 42 millions d'€ en 2019. Ce ressaut de la créance est artificiel et provient, d'une part, de la valorisation des forfaits présentés à l'Algérie (voir ci-dessus), d'autre part, du fait que les

créances forfaitaires ne sont pas chiffrées chaque année mais seulement lorsque les réunions des commissions mixtes ont lieu ; d'où un certain effet yoyo du montant de la créance d'une année à l'autre. Du reste, l'ensemble des autres pays ou territoires liés à la France par un accord international de sécurité sociale rassemblent 3,5% des dépenses, soit un montant de 1,45 million d'€.

2. Y compris le protocole d'entente du 19 décembre 1998 entre la France et le Québec relatif à la protection sociale des élèves et étudiants et des participants à la coopération

Pour les assurés des territoires et pays hors UE-EEE-Suisse, les dépenses en France concernent presque entièrement des soins liés à la résidence ...

Graphique 7.
SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE EN FRANCE SELON LA TYPOLOGIE DES SOINS



Source : CNSE

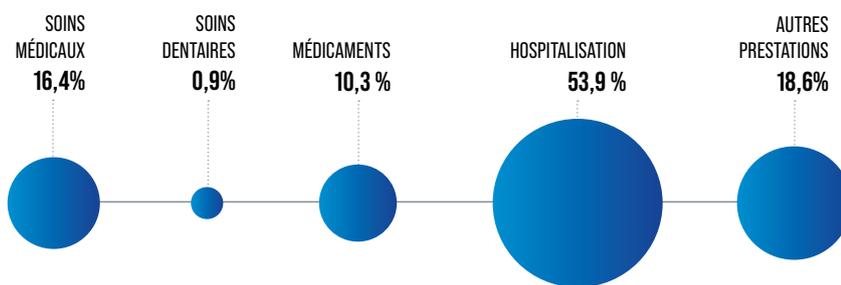
Pour les assurés relevant de régimes de sécurité sociale des pays hors UE-EEE-Suisse, la part des dépenses et le volume des soins de santé liés à la résidence (95,2%) est en 2019 beaucoup plus marquée que pour les pays européens (+15 points pour les dépenses ; +11 points pour les nombres de bénéficiaires), en raison de la valorisation de 35,55 millions d'€ de créances forfaitaires présentées à l'Algérie (voir Graphique 6). En effet, les forfaits en question se rapportent, soit aux soins de

santé dispensés aux pensionnés des régimes algériens résidant en France, soit aux soins de santé dispensés aux membres de la famille d'un travailleur occupé en Algérie ou d'un pensionné, lesquelles familles résident en France. Ainsi, les soins liés à la résidence absorbant quasiment l'ensemble des dépenses et des quantités des soins, les deux autres types de soins prennent nécessairement une place très réduite : les soins urgents dans le cadre d'un séjour temporaire représentent 1,2%

des dépenses pour 2,8% des bénéficiaires, la majorité des patients bénéficiaires étant essentiellement partagés entre la Nouvelle-Calédonie (58,7%), la Polynésie française (18,6%) et le Québec (17,6%) ; les soins programmés correspondent à 3,6% des dépenses pour 2% des bénéficiaires relevant des régimes andorran (41,3%), néo-calédonien (30,2%), algérien (12,9%) et québécois (8,9%).

... et les dépenses sont, à l'instar des pays européens, majoritairement liées à des hospitalisations.

Graphique 8.
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS HORS UE-EEE-SUISSE EN FRANCE PAR NATURE DE SOINS



Comme pour les pays européens, la ventilation des soins de santé des assurés relevant de législations de pays hors UE-EEE-Suisse est marquée par une prépondérance des dépenses liées à l'hospitalisation (53,9%). Le 2^{ème} poste des dépenses (18,6%) est également celui des « autres prestations » (principalement liées à une hospitalisation) ; suivent les soins médicaux (16,4%), les médicaments (10,3%) et les soins dentaires représentant toujours la part la plus faible des dépenses (0,9%).

Source : CNSE

NB : la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture, soit à peine 13,4% des dépenses (5,61 millions d'€) pour les assurés hors UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés selon la nature des soins les créances forfaitaires présentées à l'Algérie (35,55 millions d'€), au Gabon (119,78 K€), à la Macédoine du nord (202,25 K€), à Wallis-et-Futuna (500 K€), et 336,00€ de contrôles médicaux (Andorre, Bosnie-Herzégovine et Maroc).

DÉPENSES ENGAGÉES PAR LES CAISSES ÉTRANGÈRES POUR LES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DE SÉCURITÉ SOCIALE ET PRISES EN CHARGE PAR LA FRANCE DANS LE CADRE DE LA COORDINATION OU DE LA LÉGISLATION FRANÇAISE INTERNE

Ces dépenses concernent les soins de santé reçus à l'étranger par des assurés des régimes français, que ce soit dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales et des décrets de coordination, ou encore sur le territoire d'un État qui n'est pas lié avec la France par un quelconque accord en matière de sécurité sociale. Si les textes le prévoient, les dépenses des assurés des régimes français sont supportées par le pays des soins puis remboursées par la France aux pays étrangers. Dans le cas contraire, les soins sont remboursés directement aux assurés par les caisses d'affiliation, sur présentation des factures, lorsqu'ils reviennent en France. Dans cette seconde hypothèse, le montant remboursé ne pourra excéder celui qui aurait été alloué par l'institution française compétente si les mêmes soins avaient été dispensés en France.

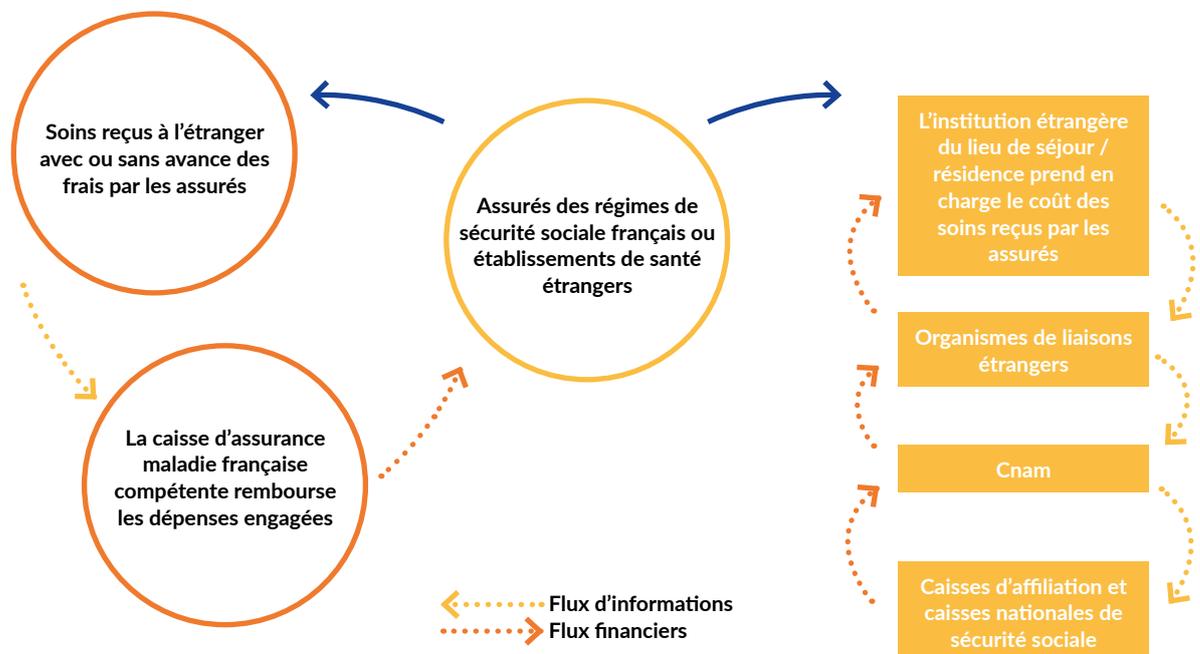
Outre les données collectées correspondant aux dépenses effectuées dans le cadre de la coordination, le CNSE fournit également des données se rapportant à la prise en charge des prestations dans le cadre de la directive 2011/24/UE relative aux soins transfrontaliers et de la législation interne ; de même que la CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole) et certains régimes spéciaux (Cavimac, Enim, MGEN, RATP, SNCF, les Chemins de fer secondaires). Les sommes réglées dans le cadre des conventions transfrontalières de coopération sanitaire ou médico-sociale sont également prises en compte.

Encadré 2. DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS

Circulation des flux (d'informations et financiers) entre l'étranger et les institutions de sécurité sociale françaises

1^{er} circuit : remboursements au titre de la législation interne lorsque la coordination n'a pas été appliquée, lorsque les pays ne sont pas liés à la France par un accord de sécurité sociale et en cas d'application des conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale, ou de la directive 2011/24/UE (soins ambulatoires).

2^e circuit : les prestations sont servies pour des soins de santé par l'institution de sécurité sociale du lieu de séjour ou de résidence et sont ensuite remboursées par la France, sur la base de factures ou de forfaits, en application des accords internationaux de sécurité sociale. Il s'agit des remboursements dans le cadre de la coordination.



N.B. : Dans le cadre des conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale transfrontalières, les soins sont directement payés par la caisse française au prestataire de soins, tandis que dans le 2^{ème} circuit le prestataire de soins est remboursé par l'organisme de sécurité sociale de son pays, lequel, via son organisme de liaison, est ensuite remboursé par la France.

Tableau 4.
REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ REÇUS À L'ÉTRANGER PAR DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS (EN EUROS)

Pays	Circuit 1		Circuit 2		Total		Montant moyen (hors frais de gestion)
	Bénéficiaires	Dépenses	Bénéficiaires	Dépenses	Bénéficiaires	Dépenses	
UE-EEE-Suisse	277 730	112 077 104	250 566	348 640 818	528 296	460 717 922	851
Hors UE-EEE-Suisse	101 709	30 921 415	383 290	163 327 194	484 999	194 248 609	381
TOUS PAYS	379 439	142 998 519	633 856	511 968 012	1 013 295	654 966 531	626
<i>dont frais de gestion UE-EEE-Suisse</i>				10 914 789		10 914 789	
<i>dont frais de gestion hors UE-EEE-Suisse</i>				9 360 520		9 360 520	
Montant moyen (hors frais de gestion)	377		776		626		

Source : CNSE

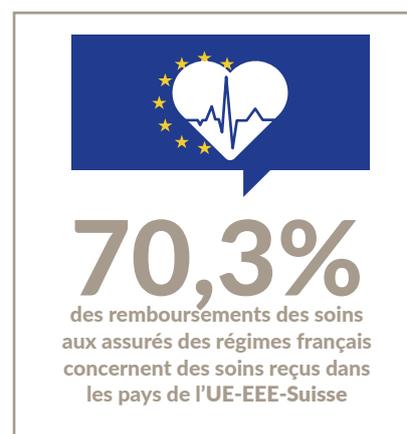
En 2019, 1 013 295 assurés des régimes français ont reçu des soins à l'étranger pour un montant remboursé d'environ 654,97 millions d'€.

379 439 assurés, c'est-à-dire **près de quatre assurés sur dix (37,4%), ont, soit dû avancer le coût de leurs soins, ensuite remboursés à leur retour en France, soit vu leurs soins pris en charge par leurs caisses françaises d'affiliation**, en application des conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale transfrontalières. Ainsi, dans le cadre du « circuit 1 », les caisses françaises de sécurité sociale ont remboursé près de 143 millions d'€ de dépenses de soins à l'étranger, dont près des trois quarts (73,2%) des bénéficiaires et 78,4% des remboursements concernent des soins reçus dans les États de l'UE-EEE-Suisse. Il est à préciser qu'en plus de ces paiements, le CNSE en 2019 a remboursé 189,5 millions d'€ pour des factures de placements en établissements non conventionnés, en Belgique et en Suisse, de 3 730 assurés personnes handicapées. Le CNSE considère ces frais de placements de patients à l'étranger comme appartenant à la catégorie des soins programmés en hospitalisation.

Le CNSE assure également le remboursement des soins de santé dans le cadre de la coordination, c'est-à-dire le remboursement à ses homologues étrangers des soins effectués et pris en charge sur leurs territoires (circuit 2). En 2019, il a ainsi remboursé un montant de 511,97 millions d'€ pour 633 856 bénéficiaires. 39,5% de ces assurés ont reçu des soins à l'étranger dans les États de l'UE-EEE-Suisse, pour un coût représentant plus des deux tiers (68,1%) des remboursements effectués dans le cadre de la coordination.

Les remboursements effectués au titre des soins de santé à l'étranger pour les assurés des régimes français ont coûté, hors frais de gestion, en moyenne 626€ par bénéficiaire (soit 120€ de moins qu'en 2018 qui s'expliquent, voir infra, par la forte diminution du montant moyen « Circuit 2 »). Dans le détail, pour le « circuit 1 », le montant moyen remboursé diminue de 1,3% (-5€) par rapport à celui de 2018 (377€ en 2019 contre 382€ en 2018), tandis que pour le « circuit 2 », le montant moyen a baissé de 24,5% (-249€) par rapport à l'année dernière (776€ en 2019 contre 1 025€ en 2018). L'évolution à la baisse des remboursements forfaitaires 2019 a impacté la valeur de ce dernier montant moyen : en 2019, les forfaits afférents aux États de l'UE-EEE-Suisse représentaient 15,7% des remboursements totaux (contre 25% en 2018, soit -9,3 points en 2019), en même temps que le forfait moyen (2 998€) est 3,5 fois supérieur au montant moyen de la zone géographique (voir supra : 851€) ; à l'inverse, pour les pays hors UE-EEE-Suisse, les forfaits représentaient 29% des remboursements totaux (contre 25% en 2018, soit +4 points) alors que le forfait moyen (320€) est inférieur de près de 16% au montant moyen de la zone géographique correspondante (voir supra : 381€).

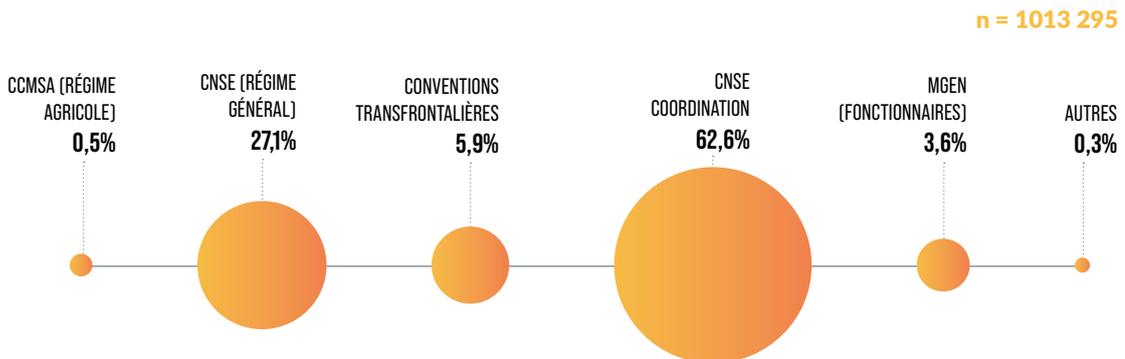
Il est à noter que, pour la France, la charge financière, en matière de remboursement, pèse plus pour les assurés des régimes français qui ont été soignés dans les pays de l'UE-EEE-Suisse (70,3% des dépenses totales) que pour ceux qui ont été soignés en dehors de l'Europe, alors que le pourcentage de bénéficiaires de soins est très voisin pour les pays de l'UE-EEE-Suisse (52,1%) de celui concernant les pays hors UE-EEE-Suisse (47,9% ; soit +43 297 bénéficiaires à l'avantage de l'UE-EEE-Suisse). Ce décalage de 18,2 points de pourcentage entre les nombres et



montants, et cette observation vaut depuis 2009, révèle un coût moyen des dépenses de santé à l'étranger très supérieur dans l'UE-EEE-Suisse : en 2019 il représente près de 2,23 fois celui des pays hors UE-EEE-Suisse. Par ailleurs, il faut également observer que :

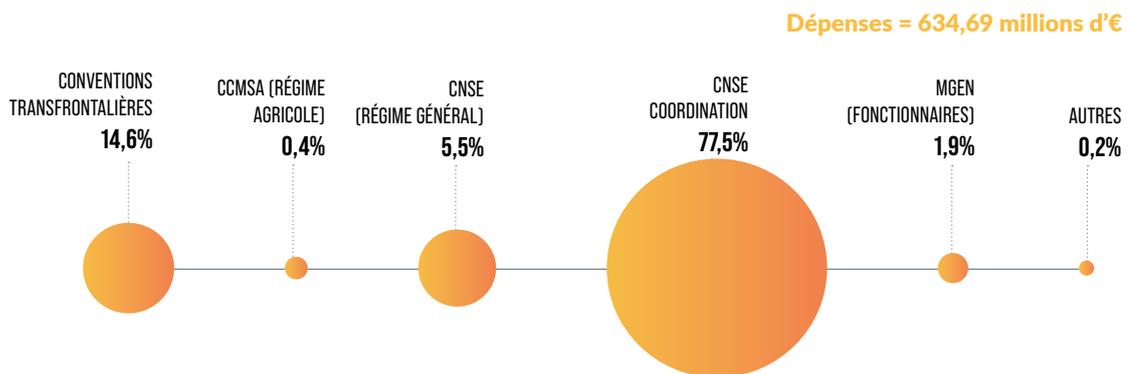
- le coût moyen des dépenses de santé remboursées pour les soins dispensés aux assurés des régimes français au sein des pays de l'UE-EEE-Suisse a diminué de 2,7% en 2019 par rapport à 2018 (851€ en 2019 contre 875€ en 2018, soit -24€) ;
- le coût moyen des dépenses de santé remboursées pour les soins dispensés aux assurés des régimes français dans un pays étranger en dehors de l'UE-EEE-Suisse a également diminué de 24,6% en 2019 par rapport à 2018 (381€ en 2019 contre 505€ en 2018, soit -124€ ; cette forte baisse provient de l'évolution de l'ensemble des pays, avec toutefois un effet plus marqué pour le Maroc et la Polynésie française. Leurs coûts moyens 2019 des dépenses de santé remboursées perdent 56€ et 76€ par rapport à 2018 tandis que leurs parts en volume sont de 40% et 7% du nombre de bénéficiaires).

Graphique 9.
RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES SELON L'ORGANISME QUI A REMBOURSÉ LES SOINS



Source : CNSE

Graphique 10.
RÉPARTITION DES DÉPENSES SELON L'ORGANISME QUI A REMBOURSÉ LES SOINS



Source : CNSE

NB :
Montants hors frais de gestion

CNSE Coordination : remboursement par le CNSE dans le cadre de la coordination

CNSE : Centre National des Soins à l'Étranger

MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale
Conventions transfrontalières : organismes en charge de l'application des dites conventions

Autres :

- Cavimac (Cultes)
- CCMSA (Régimes agricoles)
- Enim (Marins)
- RATP
- SNCF
- Chemins de fer secondaires

Dans le cadre de la coordination, le CNSE a remboursé aux organismes partenaires étrangers plus des trois quarts (77,5%) du montant global des remboursements effectués en 2019 pour des soins prodigués à près des deux tiers (62,6%) de l'ensemble des bénéficiaires.

Dans le cadre des règlements européens (circuit 2), le montant moyen, hors frais de gestion, des soins remboursés s'élève à 1 348€. Dans le cadre des conventions, le montant moyen remboursé, hors frais de gestion, est inférieur au tiers du précédent, soit égal à 402€.

Le CNSE, qui rembourse aussi directement les assurés du régime général sur présentation des factures, a en outre indemnisé également plus du quart (27,1%) de l'ensemble des bénéficiaires pour un montant qui correspond à 5,5% du montant global des remboursements effectués en 2019 (voir graphiques 9 et 10 ci-dessus).

Prestations servies dans les pays de l'UE-EEE-Suisse aux assurés des régimes français

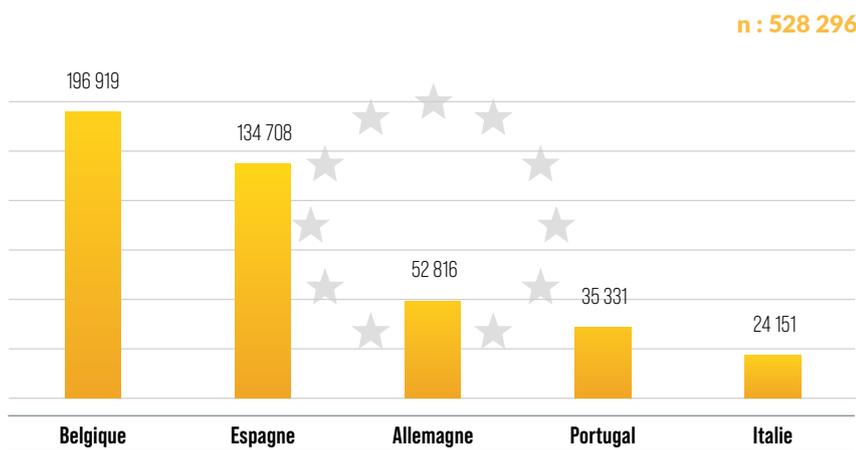
L'année 2019 ne fait pas exception à la règle selon laquelle les assurés des régimes français, dans le cadre de la mobilité internationale, sont bénéficiaires de soins à l'étranger essentiellement dans les pays frontaliers de

la France et dans les pays avec lesquels un fort lien historique existe. Cette observation générale cache, néanmoins, d'importantes variations selon le pays ou territoire dans lequel les soins sont prodigués. Les graphiques

11 à 18 mettent en lumière la particularité des dépenses des assurés des régimes français à l'étranger.

Les dépenses de soins de santé dans les États de l'UE-EEE-Suisse pour les assurés des régimes français se concentrent pour près des trois quarts de ces assurés en Belgique, Espagne et Allemagne qui représentent un peu plus de 80 % de la dépense...

Graphique 11. PRINCIPAUX PAYS DE L'UE-EEE-SUISSE D'ACCUEIL DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS RECEVANT DES SOINS SELON LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES



Source : CNSE

BELGIQUE

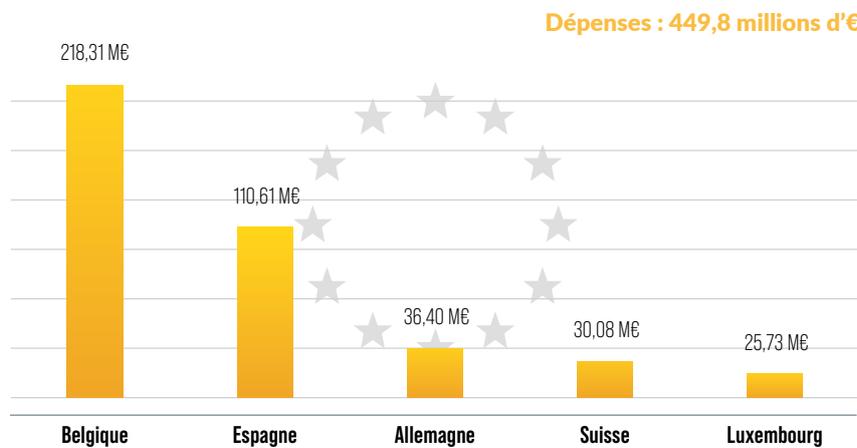
1^{er} pays d'accueil de l'UE-EEE-Suisse où les assurés des régimes français en 2019 sont soignés et dépensent le plus de soins de santé

En 2019, tout comme les dix années précédentes, les assurés des régimes français ont été nombreux à recevoir des soins dans les pays frontaliers et dans les pays avec lesquels des migrations importantes ont eu lieu par le passé. La Belgique totalise ainsi un nombre de 196 919 assurés français bénéficiaires de soins de santé sur son territoire (soit 37,3%) devant l'Espagne (25,5%), ces deux pays ayant interverti leur place par rapport à l'année précédente. Suivent l'Allemagne (10%), le Portugal (6,7%), et l'Italie (4,6%). Ces cinq pays regroupent 84% des assurés des régimes français soignés hors de France au sein de la zone UE-EEE-Suisse, tandis que les 26 autres pays se partagent les 16% de bénéficiaires restants.

Les soins aux assurés des régimes français reçus en Belgique, qui parmi les cinq principaux pays ci-dessus est l'État ayant la répartition des soins de santé la plus diversifiée, sont pour 28,3% des soins nécessaires au cours d'un séjour temporaire, pour 57,2% des soins programmés, enfin pour 14,5% des soins à des bénéficiaires qui y résident; en Espagne, sur 134 708 assurés français, 72,4% ont été traités au cours d'un séjour temporaire, 8,6% dans le cadre de soins programmés et 19% des bénéficiaires au titre de leur résidence dans cet État. Pour l'Allemagne et l'Italie, la typologie des soins est principalement divisée entre ceux nécessaires reçus au cours d'un séjour temporaire et ceux liés à la résidence (chacun en ce qui le concerne : 53,8% - 44,3% et 64,4% - 35,3%). A contrario, la quasi-totalité des soins de santé prodigués au Portugal pour la population en question ont été des soins nécessaires au cours d'un séjour temporaire (97,6%).

A noter qu'en Espagne et au Portugal résident des milliers de retraités des régimes français de sécurité sociale dont les dépenses de santé sont remboursées, dans le cadre de la coordination, sous forme de forfaits. En 2019, pour la troisième année consécutive, le Portugal n'a présenté à la France aucune créance forfaitaire, ce qui explique la très faible part de 1,6% des soins liés à la résidence en nombre de bénéficiaires (voir plus haut), mais aussi en montants dépensés (9,7%).

Graphique 12. PRINCIPAUX PAYS DE L'UE-EEE-SUISSE D'ACCUEIL DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS RECEVANT DES SOINS SELON LE MONTANT DES DÉPENSES



Source : CNSE
NB : Montants hors frais de gestion

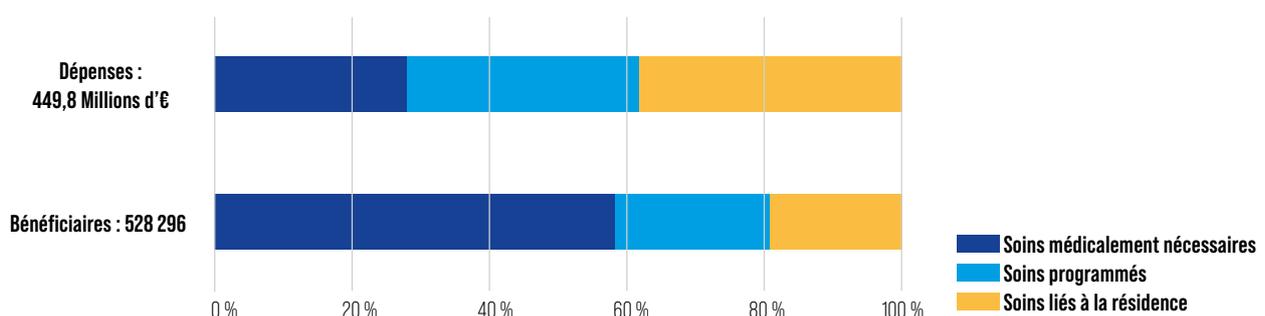
Les cinq États ci-dessus totalisent, au sein de la zone Europe, 93,6% des remboursements effectués par la France, pour des soins de santé prodigués sur leurs territoires à des

assurés des régimes français de sécurité sociale. Les paiements s'échelonnent de 25,73 millions d'€ pour le Luxembourg à 218,31 millions d'€ pour la Belgique. Par rapport au graphique précédent qui porte sur le nombre de bénéficiaires, les trois premières places et l'ordre des pays d'accueil

sont restés les mêmes. La sortie du Portugal et de l'Italie de ce top 5, malgré l'importance de leurs nombres de bénéficiaires, résulte d'un coût moyen total des prestations servies très faible (respectivement : 80€ et 490€), bien en-dessous du coût moyen concerné pour l'ensemble des États de l'UE-EEE-Suisse (851€). Pour le Portugal, ce coût modique est essentiellement dû au recours quasi exclusif³ aux soins nécessaires ou urgents, dont le coût (71€) est très en-dessous de la moyenne des États de l'UE-EEE-Suisse (voir ci-après). Ils constituent 86,6% des dépenses des assurés français au cours de séjours temporaires dans ce pays. Bien que dans une mesure bien moindre, la prépondérance en Italie des dépenses en soins urgents (50,6%) explique aussi sa sortie. Quant à l'arrivée de la Suisse et du Luxembourg aux 4^{ème} et 5^{ème} rangs des dépenses des soins de santé (respectivement : en 7^{ème} et 6^{ème} places pour le nombre de bénéficiaires), elle s'explique par des coûts des soins très supérieurs (1 496€ et 1 186€ chacun des concernant) à ceux des deux pays sortants.

38% des dépenses de santé des assurés des régimes français dans les États de l'UE-EEE-Suisse sont liées à la résidence, alors que plus de la moitié (56,9%) sont des soins médicalement nécessaires lors d'un séjour temporaire ...

Graphique 13. SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES ÉTATS DE L'UE-EEE-SUISSE SELON LA TYPOLOGIE DES SOINS



Source : CNSE
NB : Montants hors frais de gestion

Pour les assurés sociaux français ayant eu recours, hors de France, à des soins de santé au sein des États de l'UE-EEE-Suisse, 38% des dépenses se rapportent à des soins liés à la résidence pour 18,8% des bénéficiaires, alors qu'une très grande moitié (56,9%) des bénéficiaires de soins ont généré 29,3% des remboursements qui ont trait aux soins médicalement nécessaires ou urgents dispensés durant un séjour temporaire. Quant aux soins programmés, en 2019, ils touchent

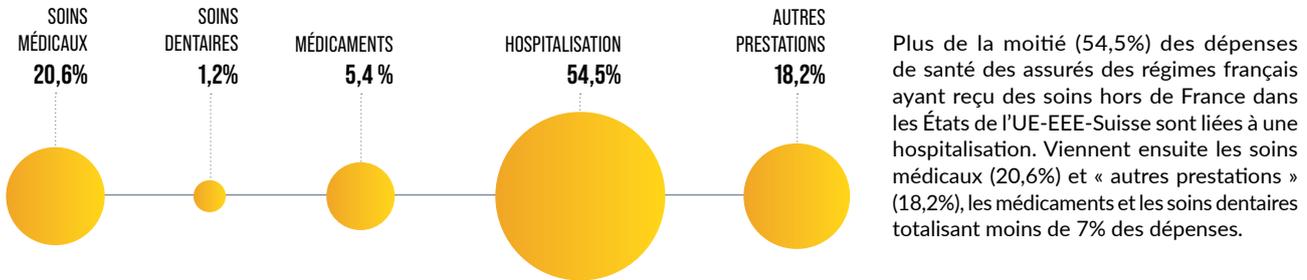
près d'un quart (24,2%) des bénéficiaires pour près d'un tiers (32,7%) des dépenses. A noter que le montant moyen 2019 pour les soins des assurés français dans les États de l'UE-EEE-Suisse est de 851€. Cependant, cette moyenne générale cache de grandes disparités entre les types des soins qui varient fortement, allant de 438€ pour les soins médicalement nécessaires ou urgents, à 1 149€ pour ceux programmés et 1 719€ pour les soins liés à la résidence. Ces derniers, pour le calcul de

leur montant moyen, tiennent compte des remboursements basés sur 23 483 forfaits (soit 70,41 M€ - voir la note de lecture du Graphique 14) dont le coût unitaire moyen est de 2 998€. Ces forfaits pèsent 41,2% des dépenses de soins liés à la résidence, ce qui tire fortement vers le haut le coût moyen de ce type de soin, lequel, si l'on neutralise les forfaits en question et si l'on ne tient compte que des seuls remboursements sur factures, chute à 1 330€.

3. Voir commentaire graphique 11 qui précise que le Portugal n'a porté à la France aucune créance forfaitaire pour les résidents de son pays

... et les dépenses sont principalement engagées pour des soins hospitaliers.

Graphique 14.
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES ÉTATS DE L'UE-EEE-SUISSE PAR NATURE DE SOINS



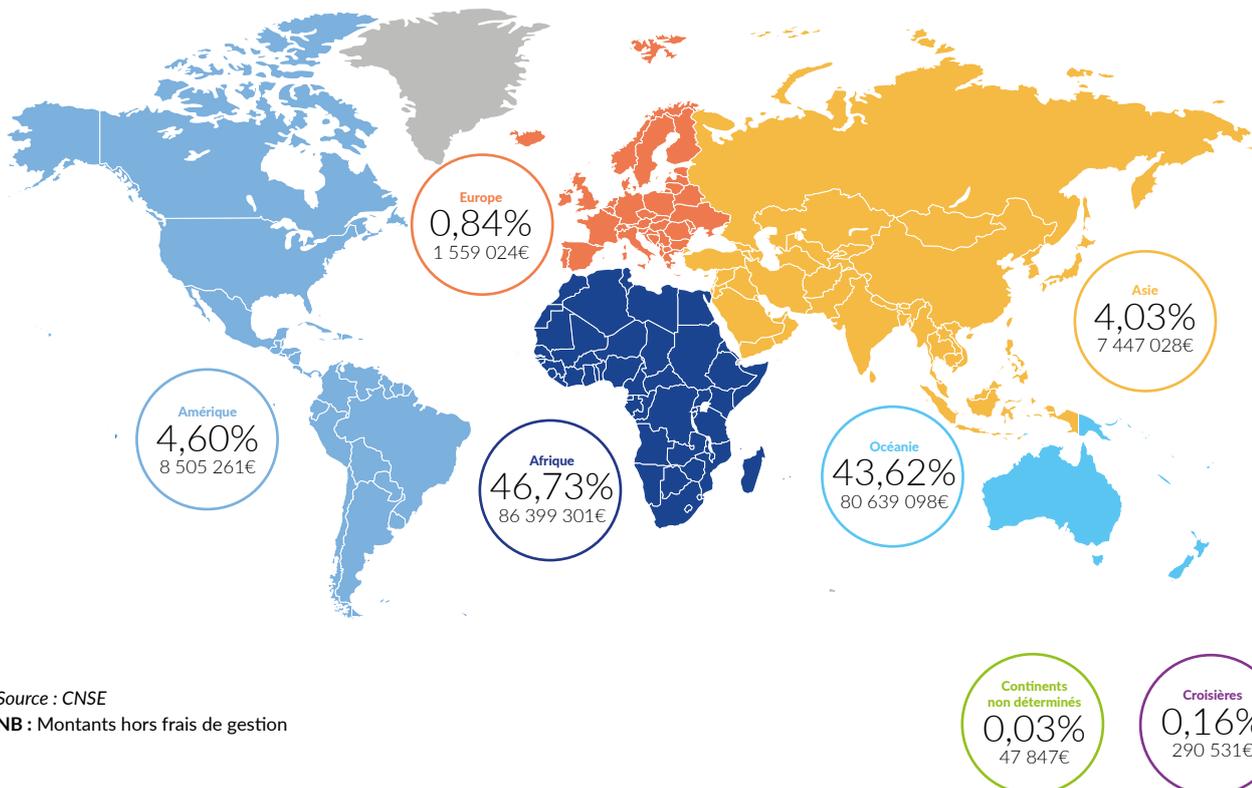
Source : CNSE

NB : la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture, qui représentent, hors frais de gestion, 84,3% des dépenses, soit 379,33 millions d'€, pour les assurés sociaux français se soignant dans les États de l'UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés selon la nature des soins les 70,41 millions d'€ de paiements français sur base forfaitaire et les 58 571€ de contrôles médicaux.

Prestations servies dans les territoires et pays hors UE-EEE-Suisse aux assurés des régimes français

Carte 3.
DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES TERRITOIRES ET PAYS HORS UE-EEE-SUISSE SELON LE CONTINENT DES SOINS

Dépenses = 184,89 millions d'€
Bénéficiaires = 484 999



Source : CNSE

NB : Montants hors frais de gestion

En 2019, 184,89 millions d'€ ont été dépensés pour 484 999 assurés des régimes français pour des soins de santé dans les pays autres que ceux de la zone UE-EEE-Suisse. En 2019, comme les années précédentes, les dépenses de santé des assurés soumis à la législation française dans ces pays s'observent particulièrement, soit dans les pays ayant un fort rapport historique avec la France, soit dans les pays ou territoires francophones. De manière générale, si l'on considère les continents dans lesquels cette population a fait des dépenses de soins de santé en 2019, l'Océanie, avec 43,6% des dépenses de soins pour seulement 8,6% des bénéficiaires, se rapproche de l'Afrique où 46,7% des dépenses de soins ont pourtant concerné plus des trois quarts (79,1%) des assurés. Ainsi, près de neuf assurés sur dix des régimes français ont bénéficié en 2019 de soins de santé

à l'étranger sur ces deux seuls continents, totalisant 90,3% des paiements. Viennent ensuite l'Amérique (4,6% des dépenses pour 5,2% des bénéficiaires), l'Asie (4% des dépenses pour 5,1% des bénéficiaires) et l'Europe hors règlements européens (0,8% des dépenses pour 1,1% des bénéficiaires). Pour en revenir à l'Océanie, 15,3% des bénéficiaires ont été pris en charge en Nouvelle-Calédonie et 81% en Polynésie française dans le cadre des décrets de coordination qui régissent les relations entre les régimes français et ceux de ces deux territoires situés dans l'océan Pacifique, et qui ont un champ d'application personnel très large, comparés aux conventions bilatérales. Ces décrets de coordination, qui recouvrent donc, dans le cadre des dettes françaises, 96,3% de bénéficiaires pour la quasi-totalité des remboursements français (99,7%) en

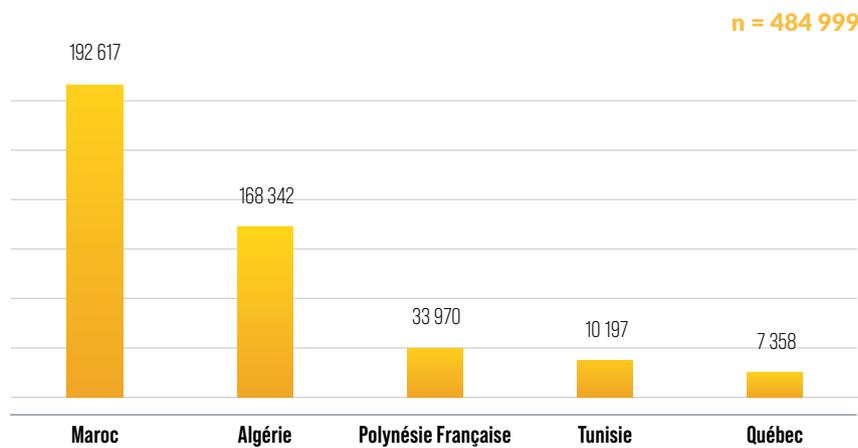
Océanie, visent entre autres les fonctionnaires civils et militaires et les magistrats, qui y sont détachés (sauf affiliation obligatoire à la législation calédonienne en cas d'exercice d'une fonction locale supérieure à six mois) et recouvrent les mêmes situations que les règlements européens. Toutes ces spécificités, propres aux accords entre la France et ces deux territoires, et le coût local moyen des soins (voir ci-après) expliquent la forte proportion du flux financier.

Par ailleurs, il est à constater que le coût moyen des soins dispensés en Océanie est de loin le plus élevé : 1 923€ par bénéficiaire, en légère baisse (-2,8%) par rapport à l'année précédente (1 979€, soit -56€), tandis qu'en Afrique il est de 225€ (271€ en 2018), en Asie de 299€ (281€ en 2018), en Amérique de 336€ (245€ en 2018) et de 281€ en Europe hors règlements européens (343€ en 2018).

La majeure partie des dépenses de soins dans les territoires et pays hors UE-EEE-Suisse pour les assurés des régimes français est engagée dans les pays d'Afrique du nord et les pays ou territoires francophones ...

Graphique 15.

PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES HORS UE-EEE-SUISSE D'ACCUEIL DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS RECEVANT DES SOINS SELON LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES



Source : CNSE

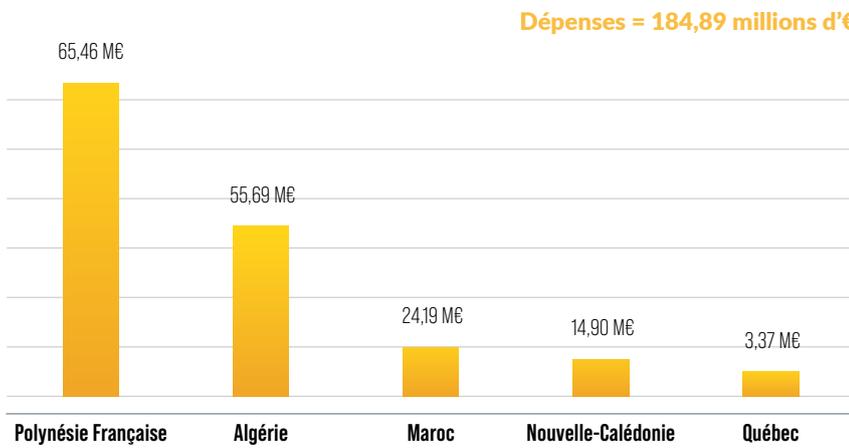
En 2019, sur l'ensemble des soins de santé à l'étranger, dans les pays hors UE-EEE-Suisse, près de 4 assurés des régimes français sur 10 (39,7%) ont reçu des soins au Maroc, plus d'1 sur 3 (34,7%) en Algérie, et 2,1% en Tunisie. Ces trois pays du Maghreb regroupent ainsi plus des trois quarts (76,5%) des bénéficiaires de soins, la Polynésie française en ayant reçu 7%, le Québec 1,5% ; il reste 15% pris en charge dans les autres pays étrangers hors EU-EEE-Suisse. S'agissant du Maroc, la quasi-totalité (92,7%) des bénéficiaires sont des résidents au Maroc et 6,7% d'entre eux ont reçu des soins urgents au cours d'un séjour

temporaire. Les assurés français ayant reçu des soins de santé en Algérie sont presque exclusivement (98,6%) des résidents du pays : il s'agit surtout de pensionnés des régimes français de retour dans le pays d'origine et des membres de la famille demeurés en Algérie des travailleurs algériens occupés en France. Pour la Tunisie, en 2019, la France, comme l'an dernier, n'a payé aucune dette valorisée sur la base de forfaits, lesquels concernent généralement les résidents : c'est pourquoi les « soins à des résidents » (10,6% des bénéficiaires) sont cette année encore très inférieurs aux « soins urgents » (86,1% des

bénéficiaires). Par ailleurs, la répartition entre « soins à des résidents » et « soins urgents » est respectivement, pour la Polynésie française, de 91,8% et 8%, et pour le Québec, de 99,5% et 0,1%.

Pour ce qui est des soins programmés, la part des bénéficiaires est très peu significative puisqu'elle est, sauf pour la Tunisie (3,3%), pour chacun des quatre autres pays, inférieure à 0,5% du nombre d'assurés français bénéficiaires de soins de santé.

Graphique 16. PRINCIPAUX PAYS OU TERRITOIRES HORS UE-EEE-SUISSE D'ACCUEIL DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS RECEVANT DES SOINS SELON LE MONTANT DES DÉPENSES



Source : CNSE

NB : Montants hors frais de gestion

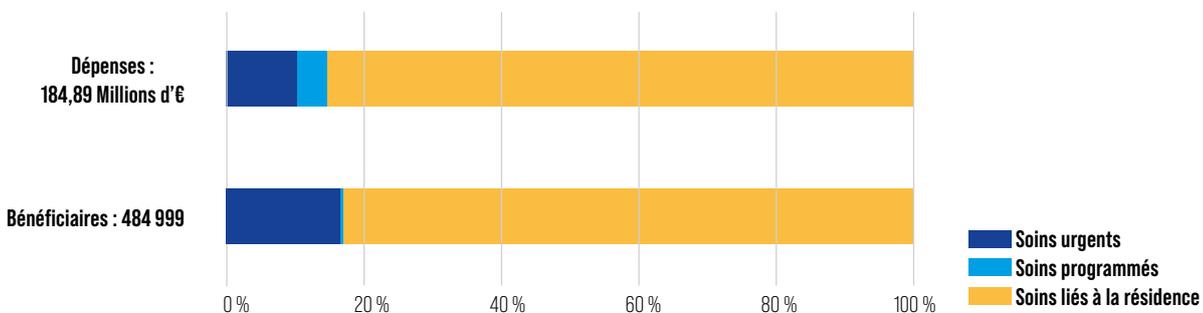
En matière de dépenses de soins engagées en 2019 par des assurés des régimes français dans les pays ou territoires hors UE-EEE-Suisse, le classement des pays ou collectivités est, sauf pour le Québec, totalement bouleversé en comparaison de celui du nombre de bénéficiaires (graphique précédent). Ainsi, par ordre décroissant, figurent la Polynésie française (35,4%, soit +28,4 points de pourcentage en volume), l'Algérie (30,1%, soit -4,6 points), le Maroc (13,1%, soit -26,6 points), la Nouvelle-Calédonie (8,1%, soit +6,8 points) puis le Québec (1,8%, soit +0,3

point). Les 11,5% restants correspondent à des soins prodigués dans les autres pays étrangers hors UE-EEE-Suisse. Pour la Polynésie française, l'Algérie, la Nouvelle-Calédonie et le Québec, la quasi-totalité des remboursements (entre 95% et 98,2%) correspondent à des soins liés à la résidence. La répartition des soins prodigués au Maroc à des assurés sociaux français est un peu plus diversifiée : 12,9% correspondent à des soins urgents au cours d'un séjour temporaire, 10,7% à des soins programmés et enfin 76,3% concernent des résidents.

Si la Polynésie française passe de la 3^{ème} place, pour les bénéficiaires, à la 1^{ère} place, devant l'Algérie, pour les paiements, c'est en raison d'un coût moyen des soins (1 927€) de six à quinze fois plus élevé dans la collectivité d'outre-mer française que dans les trois pays d'Afrique du nord ci-dessus. Ce coût moyen dépend des types et du tarif des soins dispensés localement, mais aussi du mode de tarification qui peut être sensiblement plus élevé pour les assurés des régimes métropolitains. Cela a bien entendu une répercussion sur le montant de la dette qui est remboursée sur présentation de factures, correspondant aux dépenses réellement prises en charge par le territoire des soins. La progression du rang de la Nouvelle-Calédonie du point de vue financier (déjà en 6^{ème} place quant aux nombres de bénéficiaires) a vraisemblablement la même raison, son coût moyen des soins étant le plus élevé (2 322€). Il est à signaler en outre que 95,9% des remboursements à l'Algérie (soit 53,42 millions d'€ sur les 55,69 millions d'€ - voir graphique 16 -) reposent sur des forfaits ; ces derniers sont établis à partir du coût moyen annuel des soins de santé dans le pays par catégorie de bénéficiaires. Il ressort qu'en 2019, le coût moyen des dépenses de santé des assurés des régimes français revient à 331€ en Algérie. Par ailleurs, le coût moyen par affilié français bénéficiaire de soins ressort à 126€ au Maroc, 295€ en Tunisie et 458€ au Québec.

Les dépenses de santé des assurés des régimes français dans les pays ou territoires autres que les États de l'UE-EEE-Suisse sont pour l'essentiel des soins liés à la résidence ...

Graphique 17. SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES TERRITOIRES ET PAYS HORS UE-EEE-SUISSE SELON LA TYPOLOGIE DES SOINS



Source : CNSE

NB : Montants hors frais de gestion

Pour les assurés des régimes français ayant eu recours à des soins en dehors de l'UE-EEE-Suisse, 85,6% des dépenses de soins sont liés à 83,6% des bénéficiaires résidents

locaux ; 10,3% sont des frais de soins urgents dispensés à 16% des assurés en question au cours d'un séjour temporaire ; enfin 4,1% des frais de santé sont rattachés à des soins

programmés qui concernent à peine 0,5% des bénéficiaires. La valorisation des remboursements sur base forfaitaire entraîne mécaniquement une

augmentation du nombre de bénéficiaires pour les soins liés à la résidence (quasi uniquement l'Algérie). Ainsi 167 203 remboursements forfaitaires représentent 33,9% des dépenses de soins liés à la résidence (soit 53,56 M€ - voir la note de lecture du Graphique 18) dont le coût du forfait moyen est de 320€. Contrairement aux remboursements dans les

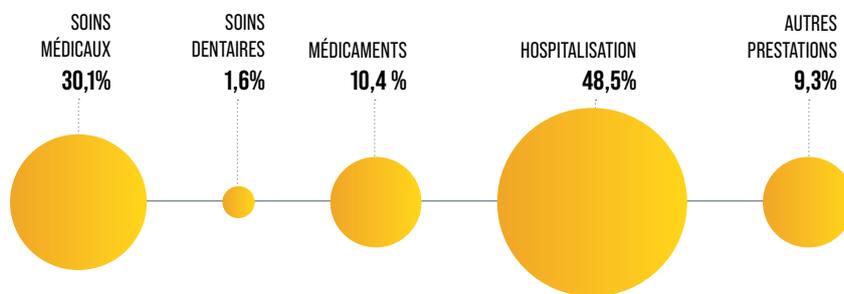
pays de l'UE-EEE-Suisse, ces forfaits tirent fortement vers le bas le coût moyen total (forfaits + factures) des soins liés à la résidence qui en 2019 est de 390€. Si l'on neutralisait les forfaits en question et si l'on ne se basait que sur les seuls remboursements sur factures, le coût s'élèverait à 439€. Par ailleurs, les montants moyens 2019 des soins urgents

est de 246€ tandis que les soins programmés atteignent 3 466€. Ces hétérogénéités des coûts moyens selon la typologie des soins composent un montant moyen global 2019 pour les soins des assurés français dans les pays hors UE-EEE-Suisse de 381€ (voir Tableau 4).

... et les dépenses de soins de santé liées à l'hospitalisation restent toujours prédominantes.

Graphique 18.

RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DANS LES TERRITOIRES ET PAYS HORS UE-EEE-SUISSE PAR NATURE DE SOINS



Concernant les dépenses des assurés des régimes français dans les pays hors UE-EEE-Suisse, près de la moitié (48,5%) sont liées à l'hospitalisation. Arrivent ensuite les soins médicaux (30,1%), les médicaments (10,4%), les 10,9% restants étant partagés entre les « autres prestations » et les soins dentaires.

Source : CNSE

NB : la ventilation par nature de soins n'est possible que pour les remboursements sur facture qui représentent en 2019, hors frais de gestion, 71% des remboursements, soit 131,33 millions d'€, pour les assurés sociaux français se soignant dans les pays en dehors de la zone UE-EEE-Suisse. N'ont pu être ventilés selon la nature des soins les 53,56 millions d'€ de paiements français sur base forfaitaire.

Encadré 3.

LES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES ASSURÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS À MONACO

Cette étude ne comprend aucune donnée relative aux soins dispensés à Monaco à des assurés des régimes français, alors que les dépenses sont particulièrement importantes. Ainsi, en 2019, les seules dépenses d'hospitalisation, tous régimes confondus, se sont élevées à 154,3 millions d'€, soit une augmentation de 11,2% par rapport à l'année 2018 (138,72 millions d'€). 82% des dépenses (126,53 millions d'€) concernent des assurés affiliés à la CPAM des Alpes Maritimes. Comme les années précédentes, **Monaco** se classerait donc très largement **en tête des pays ou territoires étrangers, hors UE-EEE-Suisse**, où les assurés des régimes français ont reçu des soins au cours de l'année 2019.

Source : CPAM de Nice

La convention franco-monégasque conclue en 1952, modifiée par l'avenant de 1998, offre la particularité de permettre 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. Les différents organismes d'affiliation procèdent au règlement des frais d'hospitalisation, mais au lieu de rembourser directement les établissements monégasques, ils adressent leurs règlements à la CPAM de Nice qui en sa qualité de Caisse de Liaison règle ensuite les établissements hospitaliers.

CONCLUSION

Tout comme les années précédentes, cette étude confirme une fois de plus qu'en 2019, entre les dépenses des assurés des régimes français à l'étranger et celles des assurés des régimes étrangers en France, les flux humains et les remboursements de soins de santé s'opèrent essentiellement entre la France et les pays de la zone UE-EEE-Suisse, plus particulièrement ceux qui lui sont frontaliers. L'explication est à trouver évidemment du côté de la proximité géographique et la libre circulation des personnes facilitée à l'intérieur des frontières de l'Union Européenne. Dans ce contexte, les règlements européens de sécurité sociale ont pour objectif de coordonner les différents systèmes nationaux de protection sociale et d'éviter ainsi une perte de droits lorsque les personnes passent d'une législation à une autre. Quant aux pays en dehors de l'UE-EEE-Suisse, la France a conclu avec certains d'entre eux des accords bilatéraux en matière de sécurité sociale. Les chiffres, à travers les flux humains et financiers de l'étude, semblent

certes révéler des rapports moins étroits entre la France et ces derniers pays. L'éloignement géographique est une explication partielle qui doit être complétée par le fait que le champ d'application personnel des conventions bilatérales est plus réduit que celui des règlements européens. Cependant, en dehors des règlements européens, là aussi l'étude constate, d'une part, une relation privilégiée de la France avec ses propres territoires situés en outre-mer et qui, en raison de leurs statuts administratifs particuliers, ont des accords de sécurité sociale proches des règlements européens ; d'autre part, le fait que la France continue d'entretenir un rapport étroit avec les pays du Maghreb eu égard au fort lien historique commun.

On relèvera par ailleurs que les dépenses de santé dans le cadre de la mobilité internationale, historiquement et quels que soient les régimes d'affiliation de sécurité sociale (français ou étrangers), correspondent au minimum pour moitié à des prestations liées au remboursement

de frais d'hospitalisation dont le poste est majeur, ou presque, dans les trois situations suivantes : les soins médicalement nécessaires ou urgents, les soins programmés et ceux liés à la résidence. Cette dernière situation, depuis deux ans, emporte la plus grande part des remboursements des soins de santé. Elle forme pour ainsi dire une subdivision de « la mobilité internationale » car elle ne répond pas tout à fait au sens premier de l'expression entre guillemets. Cette situation, prévue par les règlements européens et les accords internationaux en matière de sécurité sociale, permet surtout la facilitation des démarches des assurés (travailleurs frontaliers et retraités et/ou leurs ayants droit) qui, ne résidant pas dans leur pays d'emploi ou dans l'État qui verse leur pension, n'ont pas l'obligation de s'y rendre pour bénéficier de soins de santé. Ils sont libres alors de choisir le prestataire de santé à proximité de leur lieu de résidence. C'est par ce biais essentiellement qu'ils s'inscrivent dans la mobilité internationale.

ANNEXE RENONCIATION

Tableau 5.

MONTANTS DES REMBOURSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ AUXQUELS LA FRANCE A RENONCÉ AU COURS DE L'EXERCICE 2019

Pays	Dépenses
Belgique	34 730€
Danemark	2 055€
Italie	81€
Jersey	92 897€
Luxembourg	242€
Monaco	20 690 056€
Pays-Bas	277€
Québec	317 194€
Royaume-Uni	2 165€
Tous pays	21 139 695€

Source : CNSE

La France a signé avec plusieurs pays des accords de renonciations par lesquels les autorités compétentes des deux pays renoncent à mettre en recouvrement leurs créances réciproques en matière de soins de santé. Ainsi, en 2019, la France a renoncé à la présentation de près de 21,14 millions d'€ de créances.

Il est à noter qu'au sujet de Jersey, Monaco et du Québec, on parlera plutôt de « dispositions conventionnelles spécifiques » car la décision de ne pas mettre en recouvrement les créances a été stipulée directement dans la convention bilatérale qui lie la France et ces pays.

GLOSSAIRE

Accord de renonciation / disposition conventionnelle spécifique : accord spécifique liant deux pays par lequel les autorités compétentes de ces deux pays renoncent à mettre en recouvrement leurs créances réciproques en matière de soins de santé.

Autres prestations : cela inclut les soins paramédicaux, les analyses biologiques, l'optique médicale, les prothèses dentaires et l'orthodontie, la chimiothérapie, la radiothérapie, les cures thermales, les frais de transport et de déplacement, le petit et le grand appareillage, la réadaptation fonctionnelle, les séjours en instituts spécialisés et les contrôles médicaux.

Conventions bilatérales de sécurité sociale : Elles ont pour but de coordonner les législations de deux États ou territoires afin de garantir la continuité des droits à la protection sociale aux personnes en situation de mobilité. Actuellement la France a signé des conventions de sécurité sociale avec 38 pays : Algérie, Andorre, Argentine, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Cameroun, Canada, Cap-Vert, Chili, Congo, Corée, Côte d'Ivoire, États-Unis, Gabon, Guernesey-Aurigny-Herm-Jéthou, Inde, Israël, Japon, Jersey, Kosovo, Macédoine du Nord, Madagascar, Mali, Maroc, Mauritanie, Monaco, Monténégro, Niger, Philippines, Québec, Saint-Marin, Sénégal, Serbie, Togo, Tunisie, Turquie et Uruguay.

Conventions de coopération sanitaire ou médico-sociale transfrontalières : accords signés entre les caisses françaises de sécurité sociale et des établissements de soins se situant dans des régions frontalières de la France.

Créances payées (dans le cadre de la coordination) par les organismes étrangers : remboursement des dépenses engagées sur le territoire français par les assurés des régimes étrangers. Les créances payées une année correspondent généralement à des créances présentées par la France les années précédentes.

Créances présentées (dans le cadre de la coordination) par la France : dépenses engagées sur le territoire français par les assurés des États avec lesquels des accords de sécurité sociale visant le risque maladie-maternité-paternité ou accidents du travail-maladies professionnelles ont été conclus (que ce soit dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales ou des décrets de coordination) et pour lesquelles la France demande le remboursement aux États concernés.

Décrets de coordination entre les régimes de sécurité sociale de France métropolitaine et des départements d'outre-mer et ceux en vigueur sur les territoires de la Nouvelle-Calédonie, de la Polynésie française et de Saint-Pierre-et-Miquelon : comme les conventions bilatérales, ces décrets ont pour objectif de coordonner les législations entre

la France et les territoires en question en vue de garantir la continuité des droits à la protection sociale aux personnes en mobilité ; la principale différence étant, concernant les décrets de coordination, des champs matériel et personnel plus larges.

Dettes introduites (dans le cadre de la coordination) par les organismes étrangers : dépenses engagées à l'étranger par les assurés des régimes français de sécurité sociale sur le territoire d'un État avec lequel un accord de sécurité sociale visant le risque maladie-maternité-paternité ou accidents du travail-maladies professionnelles a été conclu (que ce soit dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales ou des décrets de coordination) et pour lesquelles l'État concerné demande le remboursement à la France.

Dettes payées (dans le cadre de la coordination) par la France : remboursement des dépenses engagées hors du territoire français par les assurés des régimes français de sécurité sociale. Les dettes payées une année correspondent généralement à des dettes introduites par les organismes étrangers les années précédentes.

Directive sur les soins de santé transfrontaliers (Directive 2011/24/UE) : elle permet aux assurés des régimes français de se faire soigner sur le territoire d'un État membre de l'UE-EEE en application des règlements européens, s'ils ont reçu une autorisation préalable (formulaire S2) pour les soins nécessitant une hospitalisation ou le recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux spécialisés et coûteux. Dans ce cas, ils sont pris en charge dans le cadre de la coordination. S'ils ont dû faire l'avance des frais ou s'il s'agit de soins ambulatoires non soumis à autorisation préalable, dans ce cas, le remboursement est fait directement par la caisse française sur la base des tarifs de la sécurité sociale.

Facture (dépense réelle) : montant des prestations en nature (soins médicaux, dentaires, médicaments, hospitalisations et autres prestations) tel qu'il ressort de la comptabilité des institutions financières, et remboursé par l'institution compétente à l'institution qui a servi des prestations.

Forfait : montant des prestations en nature remboursé par les institutions compétentes aux institutions du lieu de résidence 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.

Frais de gestion : ils sont calculés en appliquant un taux qui est variable selon les pays [Algérie : 6,5% (crédit) et 8,5% (débit), Belgique : 8%, Maroc : 8%, Polynésie française : 5,25%, Turquie : 7% (crédit) et 9% (débit)] aux montants des créances présentées afin de tenir compte des frais d'administration.

Législation interne : Les articles R. 160-1, R. 160-2 et R. 160-4 du code de la sécurité sociale prévoient le remboursement des soins médicalement nécessaires ou programmés dans le cadre des règlements européens ou les conventions bilatérales et les accords internationaux. L'article R. 761-4 vise le cas particulier des détachés à l'étranger selon la législation interne et non dans le cadre des accords internationaux.

Règlements européens sur la coordination des systèmes de sécurité sociale : Règlement (CE) n° 883/2004 et 987/2009 qui établissent les règles communes pour protéger les droits en matière de sécurité sociale des personnes se déplaçant dans les États de l'UE-EEE-Suisse, sans pour autant remplacer les systèmes nationaux par un système européen unique. L'objectif de la coordination est de faciliter la libre circulation des personnes et d'éviter la perte de leurs droits lors de leurs déplacements en Europe, assurant ainsi une forme de continuité de leur protection sociale lorsque ces personnes passent d'une législation à une autre.

Soins médicalement nécessaires : prestations servies aux assurés des régimes français (touristes, pensionnés, travailleurs détachés ou étudiants) qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire au sein d'un pays de l'UE-EEE-Suisse ou aux assurés des régimes de l'UE-EEE-Suisse qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire sur le territoire français.

Soins programmés : prestations servies aux assurés des régimes français qui se rendent à l'étranger ou aux assurés des régimes étrangers qui se rendent en France afin d'entreprendre ou de poursuivre des soins prévus. Une autorisation est alors délivrée par l'institution compétente, à savoir celle qui prendra les frais à sa charge.

Soins liés à la résidence : prestations servies aux travailleurs ou retraités résidant dans un État autre que l'État d'emploi ou que l'État débiteur de la pension.

Soins urgents : prestations servies aux assurés des régimes français (touristes, pensionnés, travailleurs détachés ou étudiants) qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire en dehors de la zone UE-EEE-Suisse ou aux assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire sur le territoire français.

Travailleur frontalier : toute personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un État membre et qui réside dans un autre État membre où elle retourne en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine.

RÉFÉRENCES

Cette étude a été réalisée à partir des données du CNSE et grâce aux données collectées auprès des CPAM, de la Cavimac, la CCMSA, l'Enim, la MGEN, la RATP, la SNCF et les Chemins de fer secondaires. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter les études réalisées sur les années antérieures.

Tous les numéros de Décryptage peuvent être consultés sur le site internet du Cleiss à la rubrique « Documentation - Etudes et analyses »
Décryptage n°25, Septembre 2021
ISSN 2739-4867

Directrice de la publication : Armelle BEUNARDEAU – Maquette : Agence Bolivie
Réalisation : Direction des Etudes Financières et Statistiques (decryptage@cleiss.fr)
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
Reproduction autorisée sauf à des fins commerciales, moyennant mention de la source.