

G.I.S.T.I.

Groupe d'Information et de Soutien des Travailleurs Immigrés

santé et protection sociale des étrangers

2^e EDITION

avril 1982

S O M M A I R E

| | |
|--|----|
| Introduction | 1 |
| PREMIERE PARTIE : LA SECURITE SOCIALE | 3 |
| TITRE I : L'ASSURANCE MALADIE | 4 |
| I. CONDITIONS GENERALES D'OUVERTURE DES DROITS | 4 |
| 1/ L'affiliation obligatoire | |
| A. Immatriculation | |
| B. Contrôle médical | |
| 2/ L'assurance personnelle | 6 |
| 3/ Les "ayants droit" d'un assuré social | 8 |
| II. LES PRESTATIONS | 11 |
| 1/ Les prestations perçues en France | 11 |
| - LES ACCIDENTS DU TRAVAIL | |
| 1. Définition | 12 |
| 2. Les formalités à accomplir | 15 |
| A. Accidents du travail ou accidents de trajet | |
| B. Maladies professionnelles | 17 |
| 3. Les prestations | 18 |
| A. Les indemnités journalières | 19 |
| B. La rente | 20 |
| 4. Les différentes prestations dues en cas de transfert de résidence du travailleur | 21 |
| 2/ Les prestations perçues au pays d'origine | 23 |
| A. Les droits des familles demeurées dans le pays d'origine | 24 |
| B. Les séjours au pays d'origine à l'occasion des congés | |
| C. Les séjours au pays en cas de convalescence | |
| D. Le retour définitif au pays après accident de travail .. | 26 |
| III. UN RESSORTISSANT ETRANGER VEUT VENIR EN FRANCE SE FAIRE SOIGNER | 27 |
| 1/ Les soins à l'hôpital | |
| - Le problème des hôpitaux | 28 |
| 2/ Les autorisations provisoires de séjour pour soins | 29 |
| TITRE II : LES PRESTATIONS FAMILIALES | 31 |
| I. LES CONDITIONS GENERALES D'ATTRIBUTION | 31 |
| II. LA FAMILLE RESIDE EN FRANCE METROPOLITAINE | 32 |
| 1/ Conditions particulières | |
| 2/ Cas particulier de l'allocation post-natale | 34 |
| 3/ Remarque concernant les titres de séjour | 36 |
| III. LA FAMILLE NE RESIDE PAS EN FRANCE METROPOLITAINE | 37 |
| 1/ Conditions | |
| 2/ Pays concernés | |
| 3/ Modalités d'attribution des prestations | 38 |
| 4/ Tableau comparatif et remarques | 40 |
| IV. QU'EST-CE QUE LE F.A.S. ? | 41 |

| | |
|--|----|
| TITRE III : L'ASSURANCE VIEILLESSE | 43 |
| I. FONCTIONNEMENT | |
| 1/ L'assurance-vieillesse de la sécurité sociale | 44 |
| 2/ Les régimes complémentaires | 45 |
| II. LA LIQUIDATION DES PENSIONS | 47 |
| 1/ Sécurité sociale | 47 |
| 2/ Retraites complémentaires | 49 |
| TITRE IV : LES MOYENS DE RECOURS CONTRE LES DECISIONS DE SECURITE SOCIALE | 49 |
| 1/ Le contentieux général | 50 |
| 2/ Les contentieux spéciaux | 50 |
| DEUXIEME PARTIE : LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE | 52 |
| TITRE I. L'AIDE SOCIALE | 53 |
| I. Conditions d'accès | 54 |
| II. Procédure | 55 |
| III. Les différentes formes d'aide sociale | 57 |
| 1/ L'aide médicale | 57 |
| 2/ L'aide sociale aux personnes âgées | 59 |
| TITRE II. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE | 62 |
| TITRE III. LES AIDES AUX HANDICAPES | 63 |
| 1/ Mineurs : l'allocation d'éducation spéciale | 63 |
| 2/ L'allocation aux adultes handicapés | 64 |
| 3/ L'allocation compensatrice | 65 |
| 4/ L'hébergement | 65 |
| 5/ La carte d'invalidité | 65 |
| 6/ Le renouvellement des cartes de travail aux travailleurs étrangers handicapés | 68 |
| EN GUISE DE CONCLUSION | 70 |
| BIBLIOGRAPHIE | 71 |
| ADRESSES UTILES | 73 |
| ANNEXE 1 : Les prestations familiales du régime français | 76 |
| ANNEXE 2 : La procédure de remboursement | 77 |
| ANNEXE 3 : Pièces d'identité admises dans les bureaux de poste ... | 79 |
| ANNEXE 4 : Circulaire du 7 juillet 1978 relative au renouvellement des cartes de travail aux travailleurs étrangers handi- capés | 79 |

INTRODUCTION

Le droit à la santé a été affirmé, par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. C'est un principe fondamental de notre société, mais que recouvre ce terme de protection sociale pour les immigrés ?

Il évoque d'abord quelques "lieux communs" répandus dans l'opinion publique (les immigrés coûtent cher à la sécurité sociale...), mais il cache aussi les multiples blocages administratifs auxquels se heurtent les immigrés, et qui les empêchent trop souvent de bénéficier de prestations auxquelles ils auraient droit.

Il est vrai que la sécurité sociale apparaît comme une administration bureaucratique, dont font les frais ceux qui sont les moins renseignés. Le régime français est relativement complexe, mais relativement délimité aussi.

Ce document d'une part a cherché à aborder dans les grandes lignes les droits auxquels peuvent prétendre les familles des travailleurs étrangers demeurées au pays, ou bien l'immigré lui-même qui y retourne.

D'autre part, il représente un travail d'approche de toutes les composantes de la "protection sociale", c'est-à-dire à la fois les soins, les prestations familiales, la retraite, mais aussi la protection complémentaire (aide sociale, aides aux handicapés, réglementation sur l'interruption volontaire de grossesse).

°
° °

Le problème majeur rencontré par les immigrés qui cherchent à bénéficier d'une couverture sociale est la navette de guichet en guichet, où il est souvent difficile d'obtenir des explications claires sur les démarches à entreprendre. Sans parler de ceux qui, en situation "irrégulière" sur le plan administratif (absence momentanée de carte de séjour ou de travail) se voient purement et simplement évincés. C'est l'exemple si souvent et si abusivement rencontré du refus de prise en charge de soins pour l'épouse d'un travailleur en règle, et qui n'a pas encore ses papiers - tentative fréquente de faire renoncer l'étranger à revendiquer le libre accès aux soins dont il a besoin.

Dans le cadre d'une politique de la santé qui a été placée ces dernières années sous le signe de restrictions budgétaires draconiennes, la première cible a été les dépenses d'hospitalisation. Et par là,

une politique d'exclusion de ceux qui ne peuvent pas payer, même s'ils ont besoin de soins. Sous couvert de chasse au gaspillage, on somme les directions des hôpitaux de faire le bilan des actes non payés de l'année précédente, et d'y déceler le profil des mauvais clients, parmi lesquels, bien sûr, les déshérités, les marginaux et les immigrés.

La majorité des hôpitaux en est arrivée, selon ces directives, à refuser les étrangers ne présentant pas les garanties suffisantes, au mépris parfois du droit à la santé. L'hôpital se trouve donc être fréquemment le centre du maquis administratif, où l'étranger se heurte violemment à ce type d'obstacle, alors qu'il pensait de bonne foi avoir le droit de s'y faire soigner.

Il arrive souvent que l'hôpital refuse une admission médicalement nécessaire, ou alors abrège le séjour du malade, ou encore entame contre lui des poursuites en paiement des frais engagés, même s'il n'est pas solvable, si la collectivité ne le prend en charge à aucun titre.

°
° °

Ces différents aspects de l'imbroglio administratif seront abordés, et ce document doit être à la fois une source de renseignements sur les démarches à effectuer, mais aussi un outil solide de revendication, pour ne jamais renoncer à un droit légitime et existant.

PREMIÈRE PARTIE : LA SÉCURITÉ SOCIALE

La sécurité sociale est un grand système qui se découpe en plusieurs catégories. Le système actuel de sécurité sociale, en France, a été prévu en 1945, sous la définition suivante :

" Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent. "

Aujourd'hui, cela ne concerne plus seulement les travailleurs ; et depuis la loi de 1978, sur la généralisation de la sécurité sociale, toute personne peut en bénéficier.

Les différentes catégories de protection concernées sont regroupées au sein de trois branches qui en assurent la gestion :

- l'assurance maladie : maladie, maternité, invalidité, décès, accidents de travail et maladies professionnelles ;
- les prestations familiales ;
- l'assurance vieillesse.

Par ailleurs, il existe un certain nombre de régimes, selon les professions des assurés : le régime général, pour les salariés (industrie et commerce) ; des régimes particuliers (fonctionnaires, étudiants...) ; des régimes spéciaux (mineurs, agents SNCF ou RATP...) ; le régime agricole ; des régimes pour les professions libérales...

Le régime général est le plus important. C'est celui dont traitera ce dossier.

TITRE I : L'ASSURANCE MALADIE

Plusieurs conditions existent pour pouvoir bénéficier des différentes prestations de l'assurance maladie. Ce sont les "conditions d'ouverture des droits" ; certains sont spécifiques aux ressortissants étrangers.

Quant aux prestations, celles qui sont perçues en France sont les mêmes pour tous, quelle que soit la nationalité. Par contre, celles qui sont perçues au pays d'origine sont plus limitées.

I. CONDITIONS GENERALES D'OUVERTURE DES DROITS

La loi de 1978 sur la généralisation de la sécurité sociale prévoit que toute personne résidant en France relève d'un régime assurance maladie, que ce soit comme salarié, comme demandeur d'emploi ou au titre de l'assurance personnelle.

1/ L'affiliation obligatoire

A. Immatriculation

L'affiliation à la sécurité sociale est obligatoire pour tout salarié. L'employeur doit, dans les huit jours qui suivent l'embauche d'un salarié dont c'est le premier emploi, faire une déclaration aux fins d'immatriculation à la caisse primaire du lieu de travail. S'il ne le fait pas ou si le travailleur a plusieurs employeurs, celui-ci peut demander lui-même son immatriculation.

La déclaration d'emploi enregistrée, le travailleur reçoit une carte d'immatriculation comportant son numéro. Cette carte doit être présentée lors de chaque démarche à la sécurité sociale et le numéro doit être reporté sur tous les documents et correspondance adressés à la caisse.

En cas de perte de la carte, il faut demander un duplicata en s'adressant :

- soit à son centre de paiement habituel ;
- soit au bureau de renseignement : Sous-direction de l'Immatriculation Affiliation 84 rue Charles Michels 93525 St-DENIS Cedex 2.

B. Contrôle médical

a) La visite médicale - Tous les étrangers qui demandent à travailler en France et les membres de famille qui les rejoignent (à l'exception de catégories dont nous donnons la liste ci-dessous - cf § d p. 5), sont soumis à un contrôle médical qui revêt le caractère d'une sélection. Cet examen de santé s'effectue sous la res-

ponsabilité du service médical de l'office national d'immigration (O.N.I.).

- Préalablement à l'introduction, il s'effectue soit à l'antenne locale de l'O.N.I., soit auprès des services médicaux agréés par le consulat de France.

- Dans le cas de la régularisation en France, c'est la préfecture qui provoque le contrôle médical lors de la demande d'autorisation de séjour, et l'intéressé sera convoqué directement par l'O.N.I.(1).

b) Le rôle de l'employeur dans le contrôle - Selon l'article L 161 du code de sécurité sociale "L'employeur qui a occupé un "étranger soumis au régime de l'ordonnance du 2 novembre 1945, "est tenu de rembourser aux organismes de sécurité sociale le "montant des prestations... versées à l'intéressé si celui-ci "n'a pas, avant la réalisation du risque ayant entraîné le versement des prestations, subi le contrôle médical".

L'employeur doit donc vérifier que l'étranger a bien subi le contrôle médical, faute de quoi il devra rembourser les prestations versées par les caisses. Le titre de travail constitue une présomption irréfutable de l'existence de ce contrôle.

c) Conséquences pour l'assuré - Les Caisses primaires d'assurance maladie (C.P.A.M.) doivent, à l'occasion des demandes de règlement, vérifier que les intéressés ont passé le contrôle médical (circulaire Caisse nationale d'assurance maladie du 5 juin 1970 et circulaire du même organisme du 17 novembre 1971 qui prévoit l'extension de ces vérifications au moment de l'immatriculation).

En l'absence de pièces justificatives de ce contrôle, les caisses primaires verseront les prestations réclamées. Elles en poursuivront le remboursement auprès des employeurs en défaut.

Cet examen médical est la clef du droit au séjour et au travail des étrangers en France. Il est donc essentiel de garder précieusement l'attestation du contrôle.

d) Catégories d'étrangers dispensées du contrôle médical - Les étrangers qui n'entrent pas dans le champ d'application de l'article L 161 du code sont :

- les ressortissants de la C.E.E. ;
- le personnel de certaines organisations internationales dont le

(1) Textes de référence - L'article 4 de l'ordonnance n° 707 du 21 août 1967 a inséré dans le code de sécurité sociale l'article L 161 sur le contrôle médical.

Les modalités d'application de ces dispositions ont été déterminées par le décret du 29 avril 1968 modifié par le décret du 5 juin 1970 et le décret du 23 novembre 1979 d'une part, et par les circulaires n° 143 du 20 août 1968, n° 28 du 12 mai 1969 et n° 37 du 11 août 1970 d'autre part.

siège est à Paris ;

- les fonctionnaires titulaires des Etats étrangers détachés provisoirement en France, mais restant au service de leur gouvernement ;
- le personnel subalterne des ambassades et consulats ;
- les Andorrans ;
- les Monégasques ;
- les Laotiens ;
- les Marocains entrés avant le 1er mai 1961 ;
- les Tunisiens entrés avant le 8 août 1963 ;
- les Vietnamiens entrés avant le 24 décembre 1958 ;
- les travailleurs frontaliers.

Depuis le décret du 23 novembre 1979 :

- les Centrafricains, les Tchadiens et les Congolais ;
- les enfants d'étrangers, en France depuis au moins deux ans et dont les parents sont en situation de séjour régulière ;
- les réfugiés et apatrides.

2/ L'assurance personnelle

Toute personne résidant en France, et qui ne peut accéder à un régime obligatoire d'assurance maladie (voir plus haut), peut relever de l'assurance personnelle. Celle-ci a été instituée par la loi du 2 janvier 1978 sur la généralisation de la sécurité sociale.

Cela permet donc à toute personne voulant faire prendre en charge ses soins, de souscrire cette assurance auprès de la caisse d'assurance maladie. (Le montant des cotisations sera établi en fonction des revenus).

a) Cependant la loi prévoit bien une condition de résidence en France. Celle-ci a été précisée par le décret du 11 juillet 1980 :

" Les personnes de nationalité étrangère doivent justifier qu'elles résident en France dans des conditions régulières depuis plus de trois mois ". (1)

C'est-à-dire qu'elles doivent être en possession d'un titre mentionné à l'arrêté du 11 juillet 1980 :

- carte de résident privilégié ;
- carte de résident ordinaire ;
- carte de séjour temporaire ;
- carte de séjour de ressortissant d'un Etat membre de la CEE ;
- certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- carte de résidence de ressortissant laotien ;
-

(1) Il est toujours possible de demander à la Préfecture une autorisation provisoire de séjour pour soins (voir p.29).

- récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres ci-dessus ;
- autorisation provisoire de séjour d'une validité supérieure à trois mois ;
- carte diplomatique ;
- carte "corps consulaire", "organisations internationales" et "cartes spéciales" délivrées par le ministère des affaires étrangères ;
- titre d'identité d'Andorran délivré par le préfet des Pyrénées-Orientales ;
- passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour ;
- livret spécial, livret ou carnet de circulation.

Deux catégories d'étrangers bénéficient d'un régime particulier et n'ont pas besoin de justifier de ces trois mois de résidence régulière :

- les étudiants étrangers ne relevant pas du régime de sécurité sociale des étudiants, et titulaires d'une carte de séjour au titre d'étudiant ;
- les stagiaires étrangers venant en France dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique.

b) Quelles démarches faut-il faire ? - La demande d'assurance personnelle se fait :

- soit directement auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie de la résidence de l'intéressé.

Pour Paris et la région parisienne, c'est la :

Caisse Primaire centrale d'assurance maladie de la Région parisienne
Service de l'assurance personnelle - 84 rue Charles Michels,
93525 Saint-Denis Cedex 2 - 820.61.05

- soit à la Mairie de la résidence, si l'intéressé fait en même temps une demande de prise en charge des cotisations au titre de l'aide sociale. C'est la mairie qui se mettra alors en rapport avec la Caisse, et la Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

Quels papiers faut-il fournir ?

- Une fiche d'état civil pour chacun des ayants-droit de l'intéressé (les personnes à charge : conjoint, enfants... voir § suivant p.8). ;
- une copie de la déclaration de revenus de l'année précédente (base de calcul de l'impôt sur le revenu) ;
- si l'assuré est élève ou étudiant, un certificat de scolarité ;
- pour les étrangers, la photocopie du titre de séjour.

c) Quand prend effet l'inscription à l'assurance personnelle ?

- Normalement, le premier jour du mois civil au cours duquel la

demande est présentée (exemple : si la demande est faite le 10 juin; elle prend effet au 1er juin).

- A la demande expresse de l'intéressé, au premier jour du mois civil précédent la demande de l'intéressé (ex. : dans le même cas, la demande du 10 juin prend effet au 1er mai).

- Pour les étrangers qui n'ont pas encore résidé pendant trois mois régulièrement, la Caisse estime que l'assurance prend effet après expiration de trois mois de résidence régulière. (Voir note bas de page).

3/ Les "ayants-droit" d'un assuré social

a) Définition - L'assurance-maladie présente un caractère familial, c'est-à-dire que si un assuré remplit les conditions nécessaires pour percevoir les prestations (les conditions d'ouverture des droits), ses ayants droit peuvent bénéficier de certaines prestations. Ce sont, en pratique, les personnes qui sont à sa charge.

b) Qui sont les ayants-droit ?

- Le conjoint (mari ou femme) à condition qu'il ne soit pas assuré par lui-même ;

- la personne vivant maritalement avec l'assuré (e) ;

- les enfants à charge de moins de 16 ans

. de moins de 20 ans s'ils poursuivent des études

. de moins de 17 ans s'ils sont inscrits comme demandeurs d'emploi.

- des membres de la famille vivant sous le toit de l'assuré, s'il y a au foyer deux enfants de moins de 14 ans à charge. En effet, on estimera qu'ils s'occupent de l'éducation de ces enfants.

NB. Il faut faire bien attention à cette condition. C'est souvent le moyen de faire prendre en charge des personnes par le régime d'assurance-maladie de l'assuré.

c) Précisions en cas de polygamie. - Différents textes prévoient les cas où il existe plusieurs conjoints :

- Pour les conjointes d'un assuré musulman, l'assurance-maladie ne garantit que celle des épouses pour laquelle la première demande de prestations a été introduite.

Mais si cette épouse devient elle-même directement assurée, parce qu'elle travaille, alors une autre épouse peut devenir

Les textes officiels :

. Loi 78-2 du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la sécurité sociale (Journal officiel du 3 janvier 1978).

. Décret 80-548 du 11 juillet 1980, portant organisation de l'assurance personnelle (Journal officiel du 18 juillet 1980).

. Arrêté du 11 juillet 1980, prévoyant la liste des titres de séjour nécessaires pour l'affiliation des étrangers à l'assurance personnelle.

ayant-droit à sa place ! ... (Lettres ministérielles du 28 février 1957 et du 5 août 1965).

Si une personne a à la fois un(e) conjoint(e) et un(e) concubin(e), l'assurance-maladie prendra en charge les deux simultanément, au titre d'ayants-droit. En effet, des instructions demandent dans ce cas "d'admettre la pluralité de bénéficiaires". (Lettre circulaire de la Caisse nationale d'assurance maladie du 4 octobre 1978).

d) Les pièces à fournir - Dans chaque cas, il faudra prouver la qualité de l'assuré (carte d'immatriculation) et la qualité d'ayant-droit.

- conjoint :: soit acte de naissance ou acte de mariage datant de moins de trois mois
 - . soit fiche individuelle ou familiale d'état-civil établie par la mairie ou la Caisse
 - . une déclaration (sur imprimé spécial) précisant qu'il ne travaille pas.
- concubin : mêmes documents, mais l'acte de mariage est remplacé soit par un certificat de concubinage (qui se fait à la mairie en présence de deux témoins), soit par une attestation sur l'honneur signée des deux intéressés (un imprimé est disponible dans les centres de paiement mais cette attestation peut être faite sur papier libre)
- Les enfants Livret de famille
 - . ou actes de naissance
 - . ou fiches d'état-civil
 - . certificats de scolarité entre 16 et 20 ans
 - . attestation d'inscription à l'ANPE entre 16 et 17 ans.

e) Conditions particulières de résidence pour les ayants-droit étrangers.

Théoriquement, aucune différence ne doit être faite entre français et étrangers. Seule une "carte d'identité" est demandée aux étrangers, mais seulement pour prouver leur état-civil.

Mais pour tous les ressortissants de pays liés à la France par une convention de sécurité sociale, et lorsque la famille du travailleur réside au pays, le régime français d'assurance-maladie du travailleur reversera un forfait de participation à la Caisse étrangère, pour les soins de la famille.

En conséquence, et pour éviter une double prise en charge, le régime français refusera automatiquement de rembourser des soins en France pour cette même famille pour laquelle il paye un forfait à son pays.

- Cas d'un voyage temporaire de la famille en France. En vertu de ce principe, la famille n'a aucun droit en France aux presta-

tions du régime français ; elle devra avancer les frais et se les faire rembourser par son pays d'origine (s'il existe une convention avec la France) ;

- cas d'une installation de la famille en France. Aucun texte ne prévoit que l'ayant-droit devra fournir un titre de séjour, et ne permet à la Caisse de l'exiger. On devra seulement prouver que la résidence de la famille en France est régulière, mais régulière dans un sens de durée, et non au sens administratif de possession d'un titre de séjour, comme l'interprètent abusivement les Caisses.

. La solution la plus simple est que l'assuré signale à sa Caisse le "transfert de résidence définitive" de sa famille en France. En effet, à ce moment-là, les instructions internes de la Caisse Nationale précisent que :

"L'ayant-droit d'un assuré (français ou étranger) travaillant en France, qui transfère définitivement sa résidence en France en vue de recevoir des soins ou être hospitalisé, peut prétendre aux prestations en application de la législation française".
(CNAM - Rubrique 3 B II F - mise à jour oct. 80, p. 15).

. Dans le cas où l'assuré n'a pas fait cette démarche et demande le remboursement de frais de soins pour sa famille, il faudra prouver que la résidence de la famille est réelle et durable.

Les caisses utilisent la liste des titres de séjour prévue par le décret du 13 mai 1975. Mais le texte prévoit que ces titres : présument d'une résidence régulière. Par conséquent, en dehors d'un titre de séjour, on peut fournir tous les éléments de preuve d'une résidence durable en France.

En pratique, la Caisse refusera dans la majorité des cas le remboursement demandé. Alors il faut faire d'abord un recours gracieux et, s'il le faut, un recours contentieux (voir titre IV sur les moyens de recours), en apportant les documents qui prouveront l'installation effective de la famille en France : date d'entrée sur le passeport (même si la durée du visa est expirée), certificats de scolarité des enfants, dates des consultations de médecins, talons de versements des prestations familiales, enveloppes oblitérées. Ces divers éléments de preuve sont d'ailleurs retenus pour valables par la circulaire interministérielle du 11 août 81, relative à la régularisation de certains étrangers.

II. LES PRESTATIONS

1/ Perçues en France

Les étrangers qui résident en France ont droit à toutes les prestations de l'assurance maladie même si aucune convention diplomatique n'a été passée à cet effet avec leurs pays d'origine. Sous réserve de dispositions spéciales prévues par convention internationale, les prestations ne sont pas dues pour les enfants élevés et soignés à l'étranger (cf p.24).

On n'abordera pas ici le détail des prestations qui peuvent être perçues en France, ni leurs conditions d'obtention. Ce sont les mêmes que pour les Français (consulter les manuels de sécurité sociale, ou se renseigner auprès des services).

Cependant, la question des accidents de travail fera l'objet d'une étude plus détaillée, étant donné le nombre de travailleurs étrangers qui en sont victimes et qui rencontrent, à cet égard, des difficultés administratives.

NB. Cas particuliers :

- Les chômeurs indemnisés bénéficient du maintien de la couverture de sécurité sociale pendant tout le temps de l'indemnisation ;
- les chômeurs non indemnisés bénéficient des prestations en nature de la sécurité sociale pendant un an. Ils bénéficient également des prestations en espèces s'ils peuvent faire la preuve qu'ils recherchent un emploi ; (cf.p.18, la distinction nature et espèces)
- les personnes dont l'assujettissement à un régime de sécurité sociale cesse (perte d'un travail, fin d'indemnisation chômage, cessation de la qualité d'ayant-droit) conservent cependant le droit aux prestations de l'assurance-maladie pendant un an.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Ce chapitre sera volontairement détaillé, car ce sont le plus souvent des travailleurs immigrés qui sont victimes des accidents du travail.

- . Qu'est-ce qu'un accident de travail ?
- . Quelles formalités faut-il accomplir ?
- . A quelles prestations peut-on prétendre ?

I. DEFINITION

-La notion d'accident de travail prise au sens large nécessite d'y intégrer également les accidents de trajet et les maladies professionnelles.

A. L'accident de travail - à proprement parler.

Il est défini par l'article L 415 du Code de sécurité sociale :

"Est considéré comme accident de travail, qu'elle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise".

Cette définition a été affinée et précisée par de nombreuses décisions de jurisprudence.

- L'accident doit être un événement violent et soudain, qui sera considéré comme tel dès lors que le travailleur subit une lésion, à un moment précis. Ce sont ces deux caractères qui distinguent l'accident de travail de la maladie professionnelle.

- La cause de l'accident doit être extérieure et non propre à l'état du travailleur. Par exemple : une conjonctivite consécutive à un coup d'arc électrique.

- L'accident doit survenir pendant le temps et sur le lieu du travail.

Cependant, lorsque l'accident se produit au lieu du travail, mais en dehors des horaires de travail ou bien pendant le temps de travail, mais en dehors de l'entreprise, un autre critère doit être pris en considération, celui du lien de dépendance entre la victime et son employeur.

Cette dernière notion permet d'admettre comme accident de travail de nombreux accidents qui n'auraient pu être considérés

comme tels, par exemple : collision entre travailleurs se déplaçant à pied, à bicyclette ou à vélomoteur dans l'enceinte de l'usine, asphyxie pendant la nuit de deux ouvriers au cours d'un déplacement alors que le séjour sur le lieu de déplacement avait été imposé par l'employeur dans l'intérêt de l'entreprise.

B. L'accident de trajet

Quels sont les trajets protégés ?

- Du lieu de travail à la résidence principale (le lieu de travail étant celui où le salarié accomplit habituellement son travail, ou celui où il se trouve physiquement pour des raisons professionnelles).

- Du lieu de travail à la résidence secondaire. Celle-ci doit présenter un caractère de stabilité (séjours fréquents et réguliers).

- Du lieu de travail à la cantine, ou au lieu habituel des repas.

- Enfin à tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial.

Attention : L'accident de trajet n'est couvert par la législation que s'il se produit sur l'itinéraire le plus court, ou le plus commode, ou le plus logique qui relie normalement le lieu d'habitation (ou le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas) et le lieu de travail.

Le temps du parcours doit être un temps normal compte tenu de la distance mais aussi d'autres circonstances : froid ou au contraire chaleur, moyen de locomotion, etc..

Les accidents survenus pendant un détour ou une interruption du trajet ne sont généralement pas reconnus, sauf si la preuve est apportée que ceux-ci étaient justifiés par des nécessités essentielles de la vie courante.

- La Preuve

En cas d'accident du trajet, à la différence des accidents du travail, il appartient à la victime ou à ses ayants-droit de rapporter la preuve que l'accident du trajet répond bien aux critères fixés par la loi. Toutefois, lorsqu'après enquête la Caisse dispose en ce domaine de présomptions suffisantes, la victime n'a pas de preuve à rapporter.

C. Les maladies professionnelles

Un certain nombre de maladies contractées par le salarié pendant l'exercice de son travail sont indemnisées en application

de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Cependant, seules les maladies inscrites sur un tableau officiel sont indemnisées à ce titre.

a) Les maladies reconnues comme professionnelles - Ce sont celles qui figurent sur les tableaux annexés au décret n° 46 2959 du 31 décembre 1946, relatif à l'application des dispositions du livre IV du Code de la sécurité sociale, et leur régime est prévu par les articles L 495 à L 501 de ce code.

Elles se distinguent en trois catégories :

- les manifestations morbides des intoxications aiguës ou chroniques résultant de l'action de certains produits. Exemple : le saturnisme, les affections causées par le ciment, la silicose chez les mineurs.

Les tableaux prévoient un délai minimum de prise en charge ainsi qu'une liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer la maladie ;

- les infections microbiennes - Charbon professionnel, tétanos. Les tableaux prévoient un délai de prise en charge et une liste limitative des travaux susceptibles de provoquer la maladie.

- les affections résultant d'ambiances ou d'attitudes particulières. Exemple : les affections ostéo-articulaires provoquées par l'emploi de marteaux pneumatiques, la surdité professionnelle.

Les tableaux prévoient un délai de prise en charge et une liste limitative des travaux susceptibles de provoquer la maladie.

Attention :

La victime doit faire sa déclaration auprès de la Caisse primaire dans les quinze jours qui suivent la cessation de travail, si elle entend demander réparation.

La prise en charge par la Caisse d'une maladie professionnelle se fera dans les limites de temps fixées par chaque tableau après que le travailleur ait cessé d'être exposé aux facteurs nocifs.

b) Les maladies non inscrites sur les tableaux - Le salarié ne peut, dans ce cas, prétendre qu'aux prestations de l'assurance-maladie.

Cependant il peut :

- exiger que son cas soit signalé par son médecin traitant ou par le médecin du travail à l'Inspection du Travail ;

- déclarer l'affection dont il est atteint à la Caisse primaire de sécurité sociale en utilisant le formulaire spécial comme s'il s'agissait d'une maladie officiellement reconnue.

Il réserve ainsi ses droits pour l'avenir, au cas où, ultérieurement, la maladie dont il est atteint viendrait à être reconnue comme maladie professionnelle.

II. LES FORMALITES A ACCOMPLIR

A. Accident du travail ou accident de trajet

1/ Premières formalités

a) La victime - Elle doit déclarer auprès de l'employeur l'accident dans les 24 heures au plus tard, en demandant à des témoins de le constater.

La déclaration tardive d'un accident - En principe, si l'accident n'a pas été déclaré immédiatement comme accident du travail, la victime dispose cependant d'un maximum de deux ans à compter du jour de l'accident pour effectuer une déclaration directement auprès de la Caisse de sécurité sociale. Cette prolongation de délai lui permet de conserver ses droits au cas où l'employeur n'aurait pas lui-même déclaré l'accident, surtout si les lésions sont apparues longtemps après l'accident. Passé deux ans, la prise en charge au titre des accidents du travail n'est plus possible.

En tout état de cause, une déclaration tardive ne permet pas à la victime de bénéficier, dès l'accident, des prestations majorées. En outre, il sera plus difficile de prouver le caractère professionnel de l'accident.

b) L'employeur - Il doit envoyer la déclaration, par lettre recommandée avec accusé de réception, auprès de la Caisse primaire dans les 48 heures après que l'accident ait été porté à sa connaissance. S'il ne le fait pas, la victime peut le faire elle-même.

- Il doit également remettre à la victime une feuille d'accident de travail, composée de trois volets, qui permettra la prise en charge des soins.

c) La Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Elle doit aviser immédiatement l'Inspection du Travail et la Caisse Régionale d'Assurance maladie.

Si l'accident entraîne la mort, ou une incapacité permanente de travail, la Caisse fait procéder à une enquête sur les circonstances et les conséquences de l'accident.

d) Le médecin - Il doit établir un certificat médical indiquant l'état de la victime, les conséquences éventuelles et la durée probable de l'incapacité de travail. Un exemplaire de ce certificat est envoyé à la Caisse. L'autre est conservé par la victime.

2/ Les formalités en cours de traitement

a) La feuille d'accident remise par l'employeur - Elle permet à la victime de se faire soigner gratuitement. Elle comporte trois volets :

- le premier volet, destiné à l'accidenté, est renvoyé à la Caisse en fin de traitement ;
- le deuxième est destiné au médecin traitant, qui se fait rembourser ses honoraires directement par la Caisse ;
- le troisième est destiné au pharmacien, qui délivre gratuitement les médicaments.

b) Les obligations à respecter par la victime

- Contrôle médical de la Caisse primaire

La victime est tenue de donner à la Caisse primaire tous les renseignements que celle-ci peut lui demander et elle doit également subir le contrôle médical du médecin de la Caisse, pendant son arrêt de travail.

- Certificat médical

Outre le certificat médical initial établi au moment de l'accident et décrivant la blessure, il peut également être établi par le médecin :

- . des certificats de prolongation de soins ou d'arrêt de travail
- . et surtout, obligatoirement, à la fin des soins - et même si l'accidenté a déjà repris son travail -, un certificat de guérison, si la blessure ne laisse aucune incapacité permanente de travail ou un certificat de consolidation, si les lésions laissent subsister une incapacité permanente de travail (1).

(1) En pratique, le travailleur peut souvent partir en convalescence dans son pays, cependant il est à déconseiller à un travailleur de quitter définitivement la France avant que la consolidation soit prononcée et que le taux d'incapacité permanente de travail ait été fixé de façon certaine par la sécurité sociale. En effet, les contestations à distance sont plus difficiles. Les expertises des services médicaux de la nouvelle résidence risquent d'être plus difficilement acceptées.

C'est, en principe, après l'attribution du bénéfice d'une rente d'accident du travail que les travailleurs étrangers peuvent envisager le retour au pays.

Cependant le travailleur immigré peut solliciter une prolongation d'autorisation de séjour en France pour satisfaire à ses démarches au regard de la sécurité sociale. Ces délais sont généralement accordés.

- Arrêt et reprise du travail

La Caisse est avisée de l'arrêt de travail et de toute prolongation de repos, par la transmission par le médecin traitant ou l'accidenté du certificat médical et, éventuellement, des certificats de prolongation d'arrêt de travail.

En cas de désaccord avec la Caisse sur la reprise du travail ou la consolidation, la victime peut demander la mise en oeuvre de la procédure d'expertise médicale. Cette expertise peut également avoir lieu dès lors qu'il y a désaccord entre le médecin conseil de la Caisse et le médecin traitant sur l'état de la victime. L'avis émis par le médecin expert s'impose à la Caisse comme à la victime. Il n'est pas, en principe, susceptible d'appel.

c) Contestation du caractère professionnel de l'accident

- par la Caisse

Lorsque la Caisse conteste le caractère professionnel de l'accident, elle doit notifier par écrit sa décision à l'employeur et à la victime dans le délai de 20 jours à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de l'accident par quelque moyen que ce soit.

Dans le cas où la Caisse n'a pas usé de la faculté de contestation, le caractère professionnel de l'accident est considéré comme établi à son égard, et ce, à titre définitif, sauf en cas de fraude ou fausse déclaration de la victime.

- par l'employeur

L'employeur peut également contester le caractère professionnel de l'accident qui lui a été déclaré comme tel par un de ses salariés.

Il doit adresser sa contestation à la Caisse Primaire par lettre recommandée. Une telle action ne peut avoir d'incidence que pour l'employeur, et le versement des prestations à la victime ne peut être, en ce cas, remis en cause.

B. Maladie professionnelle

1/ La victime

Celle-ci doit déclarer à la Caisse Primaire dans les quinze jours qui suivent la cessation du travail, même si la maladie a déjà été portée à la connaissance de la Caisse.

En cas de modification ou d'adjonction aux tableaux des maladies professionnelles, le délai de quinze jours suivant la cessation du travail est remplacé par un délai de trois mois à compter de l'entrée en vigueur du nouveau tableau.

2/ L'employeur

Il doit remettre à la victime une attestation. Celle-ci est annexée à la déclaration.

3/ La Caisse Primaire d'assurance-maladie

Elle doit donner à la victime ou à ses représentants la feuille d'accident à trois volets.

4/ Le praticien

Il établit, en triple exemplaire et remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées, ainsi que les suites probables.

De même, le praticien établit, en triple exemplaire, le certificat médical constatant la guérison ou la consolidation de l'état du malade.

III. LES PRESTATIONS

En cas d'incapacité de travail résultant soit d'un accident du travail, de trajet, ou d'une maladie professionnelle, la victime a droit à des prestations dites en nature (gratuité des soins, frais d'hospitalisation, consultations médicales, examens et médicaments) et à des prestations dites en espèces (indemnités journalières destinées à compenser la perte de salaire pendant l'arrêt de travail consécutif à l'accident et rente en cas d'incapacité permanente de travail).

Les prestations en nature qui sont délivrées gratuitement comprennent :

- les frais médicaux
- les frais pharmaceutiques
- les frais d'hospitalisation
- les frais de transport de la victime
- les frais nécessités par le traitement, y compris les frais de cure thermale
- les frais d'appareillage tels que la fourniture, la réparation, le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'infirmité résultant de l'accident, la réparation ou le remplacement de ceux que l'accident a rendus inutilisables
- les frais funéraires (obsèques) (1)

Les soins sont effectués gratuitement sur présentation de la feuille d'accident du travail et sont remboursés aux médecins, pharmaciens et hôpitaux par la Caisse primaire d'assurance-maladie.

Il est également possible à la victime de suivre un traitement de réadaptation fonctionnelle destiné à favoriser la consolidation ou la guérison de sa blessure ou à atténuer son incapacité per-

(1) En cas de décès, la législation ne prévoit pas, pour les étrangers, le rapatriement gratuit des corps dans les pays d'origine.

manente, et un stage de rééducation professionnelle, si elle est devenue inapte à exercer sa profession ou si elle ne peut le faire qu'après une nouvelle formation.

A. Les indemnités journalières

La victime peut prétendre à des indemnités journalières si l'accident ou la maladie entraîne un arrêt de travail réel, constaté par certificat médical. Elle ne pourra bien entendu pas travailler pendant cette période, et devra se soumettre aux prescriptions du médecin, ainsi qu'au contrôle de la Caisse.

Les indemnités journalières sont versées pour tous les jours d'arrêt (y compris dimanches et jours fériés). Elles sont dues à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail (le jour de l'accident est payé par l'employeur).

Elles correspondent à une impossibilité de reprendre un travail quelconque et ne sont plus versées :

- lorsque la victime, définitivement guérie, peut reprendre le travail ;
- lorsqu'elle se trouve définitivement atteinte d'une incapacité permanente, l'indemnité étant alors remplacée par une rente.

Le cumul du salaire avec l'indemnité journalière est possible en cas de reprise d'un travail léger autorisée par le médecin traitant et la Caisse d'assurance-maladie.

Si le montant total de l'indemnité journalière et du salaire dépasse le salaire normal des travailleurs de la même catégorie, l'indemnité est réduite en conséquence.

- Le montant de l'indemnité journalière s'élève à :

- . la moitié du salaire journalier de base (1/60ème du salaire mensuel) pendant les 28 premiers jours.
- . Les 2/3, si l'arrêt se prolonge : 1/45ème du salaire mensuel dans la limite du plafond de la sécurité sociale.

Cette indemnisation est loin de couvrir la perte réelle de salaire. Cependant la loi du 19 janvier 1978 sur la mensualisation prévoit le maintien du seul salaire par l'employeur (sous déduction de la valeur des indemnités journalières) dès lors que le salarié a trois ans d'ancienneté.

Certaines conventions collectives prévoient des conditions plus favorables (intégration des primes..) pendant une durée plus ou moins longue.

Le montant des indemnités journalières peut être revalorisé si l'arrêt de travail est supérieur à trois mois (art. L 449, code sécurité sociale).

B. La rente

Si l'accident a laissé subsister une incapacité permanente de travail, soit partielle (I.P.P.), soit totale (I.P.T.), l'indemnité journalière est remplacée par une rente.

a) Le taux d'incapacité - Il est déterminé en fonction de la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.

L'incapacité est considérée comme totale si les possibilités de la victime de gagner sa vie, même dans un métier autre que le sien, sont pratiquement anéanties. L'incapacité est partielle lorsque la victime reste en état d'effectuer un travail rémunéré, même si c'est en dehors de son métier habituel.

b) La rente est payée par trimestre, à compter de la date de consolidation de la blessure. Elle peut être majorée :

- dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne;
- dans le cas où l'accident a été provoqué ou aggravé par une faute inexcusable de l'employeur - ou de son préposé (par absence de dispositifs de sécurité notamment).

De plus, les rentes d'accidents du travail sont revalorisées chaque année au mois de janvier et au mois de juillet (à condition que le taux d'IPP soit au moins égal à 10 %).

c) Rente aux ayants-droit de la victime, en cas de décès -

Lorsque un salarié, victime d'un accident du travail, décède des suites de cet accident, les membres de sa famille peuvent obtenir, outre le versement du capital prévu par l'assurance décès, le remboursement des frais funéraires et également la rente.

Cette rente est égale à une fraction du salaire annuel de la victime, son montant est différent selon les ayants-droit qui la demandent.

d) Certaines rentes peuvent être converties en capital totalement ou partiellement, selon le taux de l'incapacité.

La demande de conversion ne peut être faite qu'à l'expiration d'un délai de cinq ans à compter du point de départ des arrérages de la rente et dans le délai d'un an qui suit ce délai de cinq ans.

La conversion de la rente en capital est obligatoire et automatique lorsque le taux d'incapacité permanente partielle est inférieur à 10 % et que le montant annuel de la rente est inférieur à 1/80ème du salaire annuel minimum.

e) Conversion de la rente en rente réversible au profit du conjoint survivant - En principe, le service de la rente cesse à la mort de son bénéficiaire. Mais celui-ci peut demander, de son vivant, qu'une partie de sa rente soit convertie en rente réversible au profit de son conjoint.

f) Révision des rentes - Toute modification dans l'état de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle postérieure à la consolidation peut donner lieu à une nouvelle fixation du taux d'incapacité permanente partielle et, par conséquent, à une révision de la rente.

L'initiative de cette révision peut être prise par la Caisse ou par la victime.

IV. LES DIFFERENTES PRESTATIONS DUES EN CAS DE TRANSFERT DE RESIDENCE DU TRAVAILLEUR

Deux hypothèses sont à envisager :

1) Le travailleur émigré est ressortissant d'un Etat signataire avec la France d'une convention de réciprocité, ou ayant ratifié la Convention de Genève n° 19. Dans ce cas, s'il est régulièrement affilié à la sécurité sociale, il conserve ses droits lorsqu'il transfère sa résidence. Des dispositions particulières sont prévues par chaque convention. Elles concernent notamment les formalités à accomplir ainsi que les conditions dans lesquelles les prestations en nature et en espèces sont versées aux travailleurs.

2) Le travailleur est ressortissant d'un Etat non signataire d'une convention avec la France. L'article L 461 du Code de sécurité sociale prévoit les dispositions suivantes :

"Les ouvriers étrangers, victimes d'accidents, qui cessent de résider sur le territoire français, reçoivent pour toute indemnité un capital égal à trois fois le montant annuel de leur rente.

Il en est de même pour les ayants droit cessant de résider sur le territoire français, sans toutefois que le capital perçu puisse dépasser la valeur totale de la rente.

Par contre, les ayants droit d'un ouvrier étranger ne reçoivent aucune indemnité si, au moment de l'accident, ils ne résident pas sur le territoire français."

A. Accidents du travail

1) Formalités

Le travailleur qui désire regagner son pays d'origine doit obtenir l'accord préalable de la Caisse primaire d'assurance maladie après avis du contrôle médical (sauf cas de force majeure), pour béné-

ficier du maintien au droit des prestations en nature ou en espèces.

Cette attestation indique la durée pendant laquelle les prestations en nature et en espèces peuvent être versées au travailleur. Celui-ci, sauf en cas d'urgence, doit également obtenir, par l'intermédiaire de l'institution de sa nouvelle résidence, une autorisation préalable, différente de la précédente, pour l'octroi de prothèses, grand appareillage et prestations en nature de grande importance.

En cas de prolongation des soins nécessaires, le travailleur devra obtenir par l'intermédiaire de la Caisse de la nouvelle résidence, une autre autorisation de la Caisse française d'assurance maladie précisant la durée de la prolongation du maintien aux indemnités en nature et en espèces ; les mêmes formalités sont à accomplir en cas de rechute.

2) Prestations

Les prestations en nature sont servies par l'institution du pays de résidence aux taux prévu par la législation de ce pays ; par contre, les prestations en espèces sont toujours réglées par la Caisse française suivant la législation française.

B. Maladies professionnelles

1) Formalités

Pour les maladies professionnelles en général, presque toutes les conventions prévoient que la déclaration de la maladie professionnelle doit être faite à l'organisme compétent de l'Etat sur le territoire duquel le travailleur a été exposé au risque pour la dernière fois.

2) Prestations

Le travailleur reçoit les prestations en nature servies par le pays de résidence au taux de ce pays. Les prestations en espèces sont versées par la Caisse française.

Le droit à l'indemnisation au titre des maladies professionnelles est déterminé en fonction de la législation de l'Etat sur le territoire duquel l'emploi en cause a été exercé en dernier lieu.

En cas d'aggravation de la maladie professionnelle, la compétence de l'organisme et sa participation dans les réparations à verser s'examinent en fonction de la nature du dernier emploi exercé. S'il n'y a pas eu d'exposition au risque dans le deuxième pays, le service et la charge des prestations incombent au premier pays qui a assuré la réparation de la maladie professionnelle. Par contre, s'il y a eu exposition au risque dans le deuxième pays, il y a répartition des charges et l'indemnisation complémentaire est assurée par le deuxième pays qui doit en informer le premier.

Rentes

1) Formalités

La victime ou ses ayants droit doit faire la demande à l'institution compétente du pays sous la législation duquel l'accident ou la maladie professionnelle a été constaté ou est survenu.

Aucun formulaire n'est prévu en règle générale dans le cadre des conventions pour introduire une demande de rente d'accident du travail.

2) Attribution de la rente

La Caisse française, au vu d'une instruction, détermine les droits à rente de la victime ou de ses ayants droit, en fixe le montant et notifie directement sa décision au demandeur. De même, la Caisse notifie également sa décision de révision ou de suppression de la rente.

3) Païement de la rente

En général, les arrérages de la rente sont versés directement, tous les trimestres, aux titulaires résidant dans l'autre pays, aux échéances prévues par la législation française, que la Caisse débitrice est chargée d'appliquer.

°
°°

2/ Les prestations perçues au pays d'origine

SUITE de la p. 11

Il est impossible de donner un aperçu général de l'état de la prise en charge des travailleurs ou de leurs familles au pays d'origine. En effet, la situation est différente pour chaque pays ayant signé avec la France une convention de sécurité sociale.

En l'absence de convention bilatérale, les travailleurs perdent tous leurs droits, quel que soit leur nombre d'années de cotisations. Et en cas de convention, les droits accordés au travailleur sont globalement moins étendus, pour lui et pour sa famille, que s'ils résident en France. Cela représente des économies importantes pour la sécurité sociale.

Pour toute situation particulière, il faut demander des précisions à la Caisse. Mais celle de la Région Parisienne a un service spécialisé :

Direction des Relations Internationales
84, rue Charles Michels,
93525 SAINT-DENIS Cedex 2 - 820.61.05

A. Les droits des familles demeurées dans le pays d'origine

Il existe des conventions pour les pays suivants :

- la CEE, y compris la Grèce, l'Algérie, l'Autriche, l'Espagne, le Mali, le Maroc, le Portugal, la Tunisie, la Turquie et la Yougoslavie.

Dans ces cas, la famille du travailleur établi en France bénéficie des prestations prévues par la législation de chaque pays, et la définition de l'ayant-droit est celle du pays d'origine.

La prise en charge de la famille par la Caisse française est forfaitaire.

- Formalités

Le travailleur doit demander à sa Caisse en France une "attestation d'affiliation" qui justifie qu'il est bien assuré social. Il envoie cet imprimé à sa famille, et en même temps la Caisse envoie un double à la Caisse du lieu de résidence à l'étranger. La famille est alors inscrite, et le régime de sécurité sociale français paiera pour elle un forfait annuel (celui-ci est déterminé en fonction du coût annuel moyen des familles de ce pays et du nombre des familles de travailleurs exerçant leur activité en France).

Attention - Ce formulaire doit être renouvelé tous les trois mois ou 12 mois selon les pays. Pour la Grèce, la durée de prise en charge est limitée à trois ans.

NB - Pour le travailleur malien qui a plusieurs épouses, toutes celles restées au Mali ont droit sans distinction à la prise en charge des soins de santé.

B. Les séjours au pays d'origine à l'occasion de congés payés

Pour les assurés du régime français qui partent en congé dans leur pays, il existe des conventions, et les modalités de prise en charge varient selon les pays (voir p. 25).

Selon les pays, il est nécessaire de se procurer avant de partir des formulaires auprès de la Caisse, qui permettent la prise en charge ultérieure.

C. Les séjours au pays en cas de convalescence, après accident de travail ou maladie grave.

Ce droit à la convalescence n'est pas prévu par toutes les conventions ; il faut obtenir au préalable l'autorisation du médecin de la Caisse de sécurité sociale, parfois pour une durée limitée.

Dans ces cas, le travailleur n'a plus de relations pendant son séjour, avec la Caisse française, mais avec la Caisse de son pays, qui fera la liaison.

**VOUS ETES ASSURE(E) AU REGIME DE SECURITE SOCIALE FRANCAIS
ET VOUS SEJOURNEZ DANS VOTRE PAYS D'ORIGINE A L'OCCASION DES CONGES PAYES**

| PAYS D'ORIGINE | VOUS DEVEZ | VOS DROITS | Les ayants droit vous accompagnant |
|----------------------|---|--|---|
| MAROC ALGERIE | Aucune démarche préalable au départ. En cas de maladie ou d'accident survenant lors des congés payés, vous devez vous adresser à l'institution du lieu de séjour, dans un délai de 7 jours pour le Maroc, (munissez-vous de votre carte d'immatriculation et de votre dossier médical complet, ainsi que de l'attestation de la période de congés payés et du bulletin de salaire précédent pour le Maroc). | <ul style="list-style-type: none"> — Les soins sont pris en charge par la Caisse du pays de séjour. — Les indemnités journalières sont réglées par la Caisse française. | Les soins sont pris en charge par la Caisse du pays de séjour. |
| ESPAGNE | Retirer un formulaire «S.E. 13406» dans votre Caisse Primaire. Ce formulaire est valable pour la durée des congés payés ou absences autorisées. | <ul style="list-style-type: none"> — Les soins sont pris en charge par l'Institution du pays de séjour. La durée du service des prestations est limitée à 3 mois, éventuellement renouvelable. — Les indemnités journalières sont versées par la Caisse française. | Mêmes droits que ci-dessus |
| TUNISIE | Pas de formalité préalable au départ. En cas de maladie ou d'accident survenant lors des congés payés, vous devez vous adresser à l'Institution du lieu de séjour en vous munissant de votre carte d'immatriculation et de votre dossier médical complet. | Les soins sont pris en charge par la Caisse du pays de séjour. La durée du service des prestations est limitée à 3 mois, éventuellement renouvelable. | |
| MALI | Pas de formalité préalable au départ. Déposez votre demande de soins dans le pays de séjour, en cas de maladie ou d'accident. | <ul style="list-style-type: none"> — Les soins sont pris en charge par l'Institution du lieu de séjour. — Pas d'indemnités journalières. | Aucun droit |
| NIGER | Pas de formalité préalable au départ. Déposez votre demande dans le pays de Séjour. Seule l'assurée peut bénéficier des prestations. | <p>Seules les prestations relatives à l'Assurance Maternité sont servies :</p> <ul style="list-style-type: none"> — les soins sont pris en charge par la Caisse du pays de séjour, — les indemnités journalières sont versées par la Caisse française; leur durée est limitée à la fin du repos postnatal prévu par la législation du pays de séjour, sauf grossesse pathologique. | Aucun droit |
| PORTUGAL | <p>Pour l'assuré, demandez à votre Caisse Primaire, avant votre départ, un formulaire S.E. 139.37 valable pour la durée des congés.</p> <p>Pour les membres de la famille, il est nécessaire de demander avant le départ l'attestation «S.E. 13.907» à votre Caisse Primaire. Votre Caisse vous délivrera en même temps ces deux attestations.</p> | <ul style="list-style-type: none"> — Les soins sont pris en charge par l'Institution du lieu de séjour pour une durée limite de 3 mois, éventuellement renouvelable. — Les indemnités journalières sont versées par la Caisse française. | Les soins sont pris en charge par l'Institution du lieu de séjour (durée limite de 3 mois éventuellement renouvelable). |
| TURQUIE | Demander avant votre départ à votre Caisse Primaire le formulaire «S.E. 20.806». En cas de maladie ou d'accident, déposez votre demande auprès de l'Institution du pays de séjour. | <ul style="list-style-type: none"> — Les soins sont pris en charge par l'Institution du lieu de séjour. — Les indemnités journalières sont versées par la Caisse française. — Le service des prestations est limité à 3 mois, éventuellement renouvelables. | Aucun droit |
| TOGO | Pas de formalité préalable au départ. Déposez votre demande auprès de l'Institution du lieu de séjour. Seule l'assurée est concernée. | Seules les prestations en espèces de l'assurance maternité sont servies par l'Institution française jusqu'à la fin du repos prénatal prévu par la législation du lieu de séjour, avec prolongation en cas de grossesse pathologique. | |
| YUGOSLAVIE | Demander avant votre départ à votre Caisse Primaire le formulaire «S.E. 21.04.A.» que vous déposerez, si nécessaire, auprès de l'Institution du pays de séjour. | <ul style="list-style-type: none"> — Les soins sont pris en charge par l'Institution du pays de séjour. — Les indemnités journalières sont versées par la Caisse française. | Les soins sont remboursés par l'Institution du lieu de séjour. |

Attention : il faut garder les doubles de tout ce qu'on envoie à sa Caisse (prolongation d'arrêt, ordonnances, etc..).

Les droits des convalescents varient aussi en fonction des conventions ; les prises en charge sont plus ou moins étendues.

Il faut être très vigilant, si le séjour au pays dépasse 6 mois, afin de ne pas perdre les droits au séjour en France. Il faut informer la Préfecture des prolongations, et, éventuellement, lui fournir les justificatifs de la sécurité sociale ou du médecin.

D. Le retour définitif au pays après accident de travail

Pour le travailleur percevant une rente pour accident de travail, et qui veut retourner s'installer dans son pays, la situation varie là encore selon les conventions.

- Si son pays n'a pas de convention avec la France, il perd tous ses droits et perçoit seulement, au moment de son départ, trois fois le montant annuel de sa rente.

S'il est décédé par accident de travail, la famille ne perçoit rien si elle ne résidait pas en France au moment de l'accident.

- Pour tous les pays ayant passé convention avec la France, ou ayant adhéré à la convention de Genève de 1925⁽¹⁾, les rentes d'accident de travail sont payables à l'étranger.

Le contrôle médical est ensuite assuré par les services du pays d'origine, notamment pour les rechutes et les révisions du taux d'incapacité.

Les rentes sont généralement versées directement aux intéressés par mandat international.

(1) Il s'agit de la convention n° 19 sur la "réparation des accidents du travail".

III. UN RESSORTISSANT ETRANGER VEUT VENIR EN FRANCE POUR SE

FAIRE SOIGNER

1/ Les soins à l'hôpital

Le ressortissant étranger qui souhaite recevoir des soins en France doit, s'il ne dispose pas de ressources suffisantes, obtenir une prise en charge préalable à tout déplacement, de la part des organismes de protection sociale de son pays, ou éventuellement de la France.

Au nom de la politique de maîtrise des dépenses de santé, et plus particulièrement des dépenses hospitalières, menée par le gouvernement Barre, des pressions importantes ont été exercées sur les hôpitaux.

Plusieurs situations sont à envisager :

A. L'étranger a obtenu une prise en charge préalable, délivrée par un organisme ou une collectivité publique de son pays : il peut recevoir des soins, et l'hôpital se fera rembourser directement. Cependant, certains pays étant longs à effectuer ces remboursements, le ministère de la Santé recommande la plus grande circonspection aux établissements hospitaliers...

B. Il a obtenu l'aide médicale française, après en avoir effectué la demande à partir de son pays d'origine : auprès du Consulat de France, qui transmet au ministère des Affaires Etrangères, qui en réfère au ministère de la Santé. Celui-ci statue en fonction des ressources et de la situation sociale du malade, au regard des équipements sanitaires de son pays d'origine.

Cette procédure est longue, complexe, et réserve évidemment bien peu de chances !

C. Si l'intéressé est venu en France, il sera admis à l'hôpital après dépôt d'une "provision apte à couvrir les frais engagés pour le traitement".

A noter que bien peu d'étrangers en ont la possibilité : le prix de journée d'un service de médecine générale se situe entre 500 F et 1000 F, de cardiologie, à 2500 F...

D. Le cas le plus fréquent est celui de l'étranger qui est sur le territoire français et qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour les soins qu'il sollicite. Il lui reste la possibilité de solliciter l'aide médicale (voir Aide sociale, p. 55). Cette demande est effectuée auprès de la Mairie, qui prend une décision d'urgence. Les bureaux d'aide sociale, en fonction d'une

politique générale d'économie, et par crainte que cette dépense ne grève le budget communal, n'accordent cette autorisation que de façon restrictive.

E. L'étranger malade en France, à qui toute aide est refusée, peut néanmoins être admis à l'hôpital en cas de réelle urgence, l'hôpital engageant sinon sa responsabilité, au titre de la "non assistance à personne en danger". Mais cette solution qui permet que les soins soient apportés, ne fait que retarder le problème financier.

Telle la situation de cette famille yougoslave. Les parents sont en France depuis trois ans, sans titre de séjour, donc sans sécurité sociale. Le père est ferrailleur. Ils vivent comme ils peuvent, faisant appel à l'aide sociale à différentes reprises. La dernière fois, celle-ci a été refusée pour "non justification de ressources". Depuis, ils ont un enfant, atteint d'une maladie non grave mais nécessitant des soins immédiats et répétés. Refus de l'hôpital sans accord de l'aide sociale. A force de démarches des services sociaux, l'enfant a été admis et soigné mais la facture sera adressée aux parents dans les mois qui suivent !

Ce type de situation est de plus en plus fréquent.

F. Pour l'étranger en séjour touristique de trois mois, admis à l'hôpital, son consulat doit être saisi pour la prise en charge des frais. L'aide sociale française refusera systématiquement cette prise en charge, et c'est à l'hôpital de se faire rembourser par les organismes du pays d'origine.

. Le problème des hôpitaux

Il s'agit d'une situation qui existe depuis plusieurs années, mais qui s'est aggravée, étant donné l'accroissement des dépenses de santé, et les tentatives du gouvernement pour limiter les dépenses hospitalières.

La politique de pression du ministère de la Santé a limité les augmentations de budget des hôpitaux à 12 % environ par an ; or les créances dues au titre des ressortissants étrangers, et non recouvrées, font partie du déficit de l'établissement, et sont réintégréées dans les budgets de l'année suivante. Ceux-ci étant donc limités, les hôpitaux appliquent une politique extrêmement sélective, afin de ne pas en subir les conséquences financières ou les difficultés administratives sans fin (lorsque l'hôpital doit récupérer lui-même auprès de l'intéressé les frais non payés).

2/ Les autorisations provisoires de séjour pour soins

En parallèle au problème financier, l'étranger qui se fait soigner en France rencontre des difficultés administratives en l'absence de titre de séjour.

Il lui est donc possible de solliciter une autorisation provisoire de séjour pour soins, de même lorsqu'un titre de séjour expire pendant qu'un ressortissant étranger bénéficie de soins, ou encore qu'il a reçu une notification de refus de séjour (possibilité exceptionnelle de suspendre cette mesure).

Les autorisations provisoires de séjour pour soins sont délivrées par la Préfecture, de façon discrétionnaire, car elles ne sont prévues par aucun texte. Il ne s'agit donc pas d'un droit mais d'une mesure exceptionnelle, dérogatoire, accordée en fonction de la santé de l'intéressé.

Les titres de séjour délivrés par la Préfecture à cette occasion sont généralement de trois mois, parfois un an, et portent la mention "pour soins".

Conditions :

- être en possession d'un certificat médical établi par un médecin appartenant à un établissement public. Ce certificat doit préciser sommairement la maladie et la fréquence des soins, ainsi que la nécessité de la présence en France;
- si les revenus de l'intéressé ne suffisent pas à sa subsistance, il doit fournir une prise en charge, délivrée par un parent ou un ami (celui-ci devra justifier de ses ressources). Dans certains cas, les soins pourront être pris en charge par la sécurité sociale de l'hébergeant, si le malade peut être considéré comme ayant-droit (ex. : si l'assuré a deux enfants de moins de 14 ans à sa charge - voir p. 8);
- comme toujours, il faut justifier d'un domicile, ou produire un certificat d'hébergement ;
- le dossier peut contenir une lettre éventuelle écrite par un travailleur social ou le médecin traitant, exposant la situation sociale et familiale de l'intéressé.

°
° °

L'ensemble de ces documents doit être déposé à la Préfecture. En cas de demande de renouvellement, tous les justificatifs devront être à nouveau produits.

Caractères :

- Le titre de séjour régulier permet de ne pas être inquiété par la police, pendant sa durée de validité ; mais il n'est que temporaire, et ses prolongations dépassent rarement un an. Par ailleurs, la Préfecture peut faire effectuer un contrôle médical qui conditionnera le renouvellement.

- Cette autorisation provisoire de séjour permet éventuellement de bénéficier de la sécurité sociale à différents titres, et, au bout de trois mois de validité, de souscrire une assurance personnelle.

Elle ne permet en aucun cas d'effectuer un travail salarié.

- Cependant, elle constitue un fichage des malades étrangers - clandestins à l'expiration du titre - qui peuvent encourir des mesures d'expulsion dès cette expiration.

NB. Dans le cadre de la circulaire du 6 juillet 1981 du ministère de l'Intérieur, les étrangers peuvent de même obtenir une autorisation provisoire de séjour qui leur facilitera la prise en charge. Mais le problème du fichage et de la suite reste le même.

TITRE II : LES PRESTATIONS FAMILIALES

Le terme "prestations familiales" est un terme générique, qui recouvre une quinzaine de prestations différentes, dont les "allocations familiales" à proprement parler, expression souvent employée à tort.

Le système des prestations familiales a été établie en France progressivement depuis le régime de Vichy (la première prestation créée a été l'allocation de mère au foyer, en 1938), dans un double but de compensation des charges liées à l'entretien des enfants et d'encouragement démographique.

Actuellement, ce régime est, dans l'ensemble, plus souple que celui de l'assurance-maladie : en effet, il n'exclut pas les familles vivant en France en situation irrégulière (voir plus bas - conditions).

La situation est différente selon que la famille du travailleur étranger réside ou non en France métropolitaine.

I. LES CONDITIONS GENERALES D'ATTRIBUTION

Il s'agit là des conditions générales d'ouverture des droits, que l'allocataire soit français ou étranger, que la famille réside en France métropolitaine ou non. Les conditions particulières seront examinées dans les § II et III.

Par ailleurs, l'attribution de certaines prestations est liée à des conditions particulières (annexe I).

L'Allocataire, c'est la personne à qui est reconnu le droit aux prestations familiales pour ses enfants ; c'est généralement l'un des parents. Il est choisi d'un commun accord par le couple. Les conditions tenant à l'allocataire sont les mêmes pour les Français et pour les étrangers. S'ajoute toutefois pour ces derniers l'exigence d'une résidence régulière (voir plus bas p.33).

Les prestations peuvent être versées à une autre personne : c'est l'attributaire. Il faut en faire la demande précise à la Caisse d'Allocations familiales.

Cela peut être l'allocataire ou l'autre membre du couple, ou toute personne qui assume la garde de l'enfant (grand-mère, nourrice ...).

1) L'allocataire doit assumer "la charge effective et permanente de l'enfant".

Cela signifie qu'il doit lui assurer le logement, l'habillement, la nourriture (ce sont les frais d'entretien) et en avoir la responsabilité affective et éducative.

Jusqu'à quel âge peut-on bénéficier des prestations familiales ?

. 16 ans - en principe dans la limite de l'obligation scolaire

. 17 ans - s'il n'est ni scolarisé ni en formation

. 20 ans - s'il est en apprentissage, formation professionnelle, en cours d'études, ou atteint d'infirmité

- pour les jeunes filles qui s'occupent du foyer où vivent au moins deux enfants de moins de 14 ans.

2) Les parents de l'enfant n'ont pas besoin d'être mariés, ni forcément de vivre ensemble.

3) Pour certaines prestations, les ressources de la famille seront prises en compte, et ne devront pas dépasser un plafond. Elles seront alors appréciées par rapport au revenu imposable réalisé pendant l'année civile précédente (c'est "l'année de référence").

4) Toute demande de prestations familiales doit être faite dans les deux ans suivant l'ouverture des droits (délai maximum).

II. LA FAMILLE RESIDE EN FRANCE METROPOLITAINE

1/ Conditions particulières

Les familles immigrées peuvent - si ces conditions sont remplies - prétendre à l'intégralité des prestations familiales du régime français (attention : voir 2/ - le cas particulier des allocations post-natales).

a) Depuis le 1er janvier 1978, l'allocataire n'est plus tenu d'exercer une activité professionnelle ou de justifier d'une impossibilité de travailler.

b) Les enfants pour lesquels les prestations familiales sont demandées doivent résider en France métropolitaine de façon permanente.

Leurs séjours à l'étranger ne doivent pas dépasser trois mois au cours d'une année civile (sauf s'ils sont rendus nécessaires par des études ou des soins).

NB : Les enfants, même Français, qui ne résident pas en France métropolitaine, ne peuvent bénéficier du régime des prestations familiales, mais des seules allocations familiales (voir chap.III p.37)

c) L'allocataire doit résider en France de façon habituelle. S'il est étranger, il doit de plus être en possession d'un TITRE DE SEJOUR REGULIER.

Le ministre de la Santé a donné une liste des titres de séjour qui sont reconnus (circulaires n° 23 SS du 3 juillet 1975 et n° 54 SS du 11 juillet 1978) :

- carte de résident privilégié
- carte de résident ordinaire
- carte de résident temporaire
- certificat de résidence de ressortissant algérien
- carte de résidence du ressortissant laotien
- récépissé de demande ou de renouvellement de l'un des titres ci-dessus
- autorisation provisoire de séjour d'une validité supérieure à trois mois (1)
- carte diplomatique
- carte "corps consulaire", "organisations internationales" et "cartes spéciales" délivrées par le ministère des Affaires étrangères (2)
- titre d'identité d'Andorran délivré par le préfet des Pyrénées-Orientales
- passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour
- livret spécial, livret ou carnet de circulation.

Pour les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté Economique Européenne, la carte de séjour ne sera exigée que dans le cas où demeurerait une incertitude quant au respect de la condition de résidence habituelle en France. (Belgique, Danemark, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, République Fédérale Allemande, Royaume-Uni de Grande-Bretagne).

° °

Attention : Au moment de l'ouverture du dossier, la Caisse d'Allocations familiales vous demandera de choisir qui sera l'allocataire, en cochant les cases :

Monsieur

ou

Madame

Comme l'allocataire doit avoir un titre de séjour, il faut choisir -----

(1) voir remarque p. 36

(2) Attention : ce n'est pas la carte délivrée par certains consulats à tous leurs ressortissants en France.

celui des deux qui en possède un. Si l'un des deux n'en a pas, cela n'a pas d'importance, même si la Caisse le réclame.

La Caisse demandera aux étrangers un certain nombre de papiers (les mêmes qu'aux Français), et demandera aussi les titres de séjour des deux conjoints (c'est prévu irrégulièrement sur l'imprimé). Elle n'a en fait besoin que de celui de l'allocataire et les étrangers pourront toucher les prestations en n'ayant pas produit les deux.

Le titre de séjour de la femme ne sera impérativement nécessaire que pour toucher les allocations post-natales (voir plus bas 2/).

Faire bien attention en remplissant le dossier.

L'ALLOCATAIRE (Monsieur ou Madame au choix) DEVRA AVOIR UN TITRE DE SEJOUR

Formalités : Il faut s'adresser à la Caisse d'Allocations Familiales du lieu du domicile.

La correspondance postale est dispensée d'affranchissement. Il faut toujours indiquer sur les lettres nom, adresse et numéro matricule.

2/ Cas particulier de l'allocation post-natale

Pour cette prestation, mais uniquement pour celle-là, s'ajoute une condition impérative, prévue par la loi : que la mère réside en France régulièrement à la date d'ouverture des droits.

A. Qu'est-ce que la date d'ouverture des droits ?

L'enfant doit subir un examen médical - au 8ème jour, au 9 ou 10ème mois et au 24 ou 25ème mois. Il est délivré un "certificat de santé" que la famille envoie à la Caisse d'Allocations familiales, qui versera alors chaque tranche des prestations.

La situation de la mère au regard du séjour sera réexaminée séparément à chacune de ces trois dates : si les conditions n'étaient pas remplies lors d'un versement, mais qu'elles le sont lors du suivant, celui-ci pourra être effectué.

B. L'enfant ne doit pas nécessairement être né en France métropolitaine ; mais il doit y résider au moment de chacun des trois examens de santé.

C. La mère doit être en possession d'un titre de séjour régulier.
La liste des titres reconnus est la suivante :

- carte de résident privilégié
- carte de résident ordinaire
- carte de résident temporaire
- carte de résidence de ressortissant algérien
- carte de résidence du ressortissant laotien
- récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres ci-dessus
- autorisation provisoire de séjour d'une validité supérieure à trois mois
- carte diplomatique
- carte "corps consulaire", "organisations internationales" et "cartes spéciales" délivrées par le ministère des Affaires étrangères
- titre d'identité d'Andorran délivré par le préfet des Pyrénées-Orientales
- passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour
- livret spécial, livret ou carnet de circulation.

Pour les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté Economique Européenne, la carte de séjour ne sera exigée que dans le cas où demeurerait une incertitude quant au respect de la condition de résidence habituelle en France de la mère.

On notera que cette liste est plus restrictive que celle qui concerne le titre de séjour exigible de l'allocataire pour l'ensemble des autres prestations.

En effet, si le récépissé de demande de renouvellement d'un titre est considéré comme suffisant, le récépissé de la demande est en principe exclu jusqu'à régularisation de la situation.

Ceci s'explique par une volonté d'éviter que des femmes étrangères ne viennent accoucher en France dans le seul but de percevoir l'allocation post-natale, sans résidence régulière. Mais dans la réalité, cette disposition exclut surtout des familles qui vivent en France depuis longtemps, sans que la femme ait pu obtenir de titre de séjour.

Cependant, le ministère de la Santé, par une circulaire du 3 décembre 1980, a admis la prise en compte plus particulièrement :

- du récépissé de demande de renouvellement du titre de séjour dont la validité est expirée et à laquelle il n'a pas été répondu à la date de l'examen médical de l'enfant ;
- d'une attestation d'autorisation de séjour délivrée par le Préfet à une personne qui a fait l'objet par la suite d'une mesure d'assignation à résidence ou d'incarcération en France, et dont le titre de séjour est arrivé à expiration pendant la détention.

- d'une attestation d'autorisation de séjour délivrée par le Préfet à une jeune mère mineure qui ne peut ouvrir droit à un titre de séjour.

NB - Très paradoxalement, la même circulaire du 3 décembre 1980 prévoit que :
"POUR LA MERE DE NATIONALITE ETRANGERE, LA CONDITION DE RESIDENCE SERA PRESUMEE REMPLIE DES LORS QU'ELLE A PERÇU POUR L'ENFANT EN CAUSE LES TROIS FRACTIONS DE L'ALLOCATION PRE-NATALE".

Ce paragraphe est très important : il est contradictoire avec les autres textes mais il faut en demander une application étendue. En effet, il n'est pas besoin de titre de séjour pour percevoir les allocations pré-natales. Il faut réclamer auprès de la Caisse chaque fois qu'elle entend refuser les post-natales pour ce motif.

3/ Remarque concernant les titres de séjour

Les titres de séjour reconnus pour les droits aux prestations familiales (ou plus particulièrement aux allocations post-natales) incluent "l'autorisation provisoire de séjour d'une validité supérieure à trois mois".

Or, la définition même de l'autorisation provisoire de séjour, selon la circulaire du 31 octobre 1973 du ministre de l'Intérieur, précise que :

"La durée maxima de cette autorisation provisoire est de trois mois; si elle est d'une durée inférieure, les renouvellements dont elle peut faire l'objet ne doivent pas non plus dépasser ce délai".

On se trouve donc dans une situation de "vide administratif" que certaines Caisses d'allocations familiales interprètent en admettant que la première autorisation provisoire de séjour délivrée (qui est de trois mois généralement), n'ouvre pas droit aux prestations familiales ; mais dès que le renouvellement dépasse trois mois (ce qui est contraire à la circulaire du ministère de l'Intérieur, mais conforme aux circulaires du ministère de la Santé), les droits sont ouverts !

Il s'agit là d'une interprétation favorable de certaines Caisses, mais qui n'est pas officielle. Elle permet au moins de pallier les carences de la réglementation.

III. LA FAMILLE NE RESIDE PAS EN FRANCE METROPOLITAINE

Si la famille réside hors de France métropolitaine, alors que le travailleur y demeure, trois situations sont à envisager :

- soit il s'agit d'un département d'Outre-Mer, un territoire d'Outre-Mer, ou un ex territoire d'Outre-Mer, qui a maintenu ses rapports avec la France en matière d'allocations familiales, la famille pourra prétendre aux prestations du régime local ;
- soit il s'agit d'un pays lié à la France par une convention de sécurité sociale, et la famille pourra percevoir les allocations familiales sous certaines conditions (cette situation sera développée dans les pages suivantes) ;
- soit il s'agit d'un autre pays, et la famille n'aura aucun droit au regard des allocations familiales du régime français.

°
° °

VOUS TRAVAILLEZ EN FRANCE ET VOTRE FAMILLE RESIDE DANS UN PAYS LIE A LA FRANCE PAR UNE CONVENTION DE SECURITE SOCIALE

Les droits de la famille sont limités aux seules allocations familiales, et encore à un taux nettement inférieur au régime français.

- 1/ Les conditions à remplir sont les mêmes que lorsque la famille réside en France. Cependant la condition d'activité salariée de l'allocataire a été maintenue.

Formalités : Votre demande doit être adressée à la Caisse d'allocations familiales du lieu d'affiliation de votre employeur.

2/ Quels sont les pays concernés ?

- Les Etats membres de la C.E.E. : Belgique, Danemark, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, République Fédérale Allemande, Royaume-Uni de Grande-Bretagne ;
- Les Etats ayant passé une convention de sécurité sociale spécifique avec la France :
 - ALGERIE - Convention générale du 19 janvier 1965, publiée par décret n° 65-372 du 14 mai 1965 (J.O. du 19 mai 1965)
 - ESPAGNE - Convention du 27 juin 1957, publiée par décret n° 59-614 du 29 avril 1959 (J.O. du 13 mai 1959)
 - MADAGASCAR - Convention de sécurité sociale du 8 mai 1967, publiée par décret du 24 juillet 1968 (J.O. du 7 août 1968)

- MALI - Convention générale du 11 mars 1965, publiée par décret n° 67-724 du 9 août 1967 (J.O. du 30 août 1967)
- MAROC - Convention générale du 9 juillet 1965, publiée par décret n° 67-379 du 18 avril 1967 (J.O. du 6 mai 1967)
- MAURITANIE - Convention générale du 22 juillet 1965, publiée par décret n° 67-111 du 3 février 1967 (J.O. du 12 février 1967)
- NIGER - Convention générale du 28 mars 1973, publiée par décret n° 75-84 du 6 février 1975 (J.O. du 12 février 1975)
- PORTUGAL - Convention générale du 29 juillet 1971, publiée par décret n° 73-857 du 31 août 1973 (J.O. du 7 septembre 1973)
- SENEGAL - Convention du 5 mars 1965, publiée par décret du 27 octobre 1967 (J.O. du 31 octobre 1967)
- TOGO - Convention du 7 décembre 1971, publiée par décret n° 74-205 du 26 février 1974 (J.O. du 7 mars 1974)
- TUNISIE - Convention générale du 17 décembre 1965, publiée par décret n° 66-682 du 15 septembre 1966 (J.O. du 21 septembre 1966)
- TURQUIE - Convention générale du 20 janvier 1972, publiée par décret n° 73-1075 du 27 novembre 1973 (J.O. du 5 décembre 1973)
- YUGOSLAVIE - Convention générale du 5 janvier 1950, publiée par décret n° 67-125 du 1er février 1967 (J.O. du 18 février 1967), modifiée par l'avenant du 8 février 1969.

NB : GABON - la convention a été signée mais non encore ratifiée par le Parlement.

ALGERIE - Une nouvelle convention a été signée dans le cadre des négociations franco-algériennes de septembre 1980.

3/ Modalités d'attribution des prestations

Les organismes français reversent des participations aux organismes des pays d'origine (ou directement aux familles, selon les cas), selon le système et les taux prévus dans les accords bilatéraux conclus avec chacun de ces pays (les taux sont revalorisés généralement une fois par an).

Trois systèmes existent :

a) Le système de remboursement. Pour la C.E.E., ce sont les organismes de sécurité sociale de chaque pays qui versent les allocations familiales aux familles, au taux du pays. Les organismes français les remboursent ensuite.

b) Système des indemnités pour charge de famille (Espagne, Portugal, Yougoslavie).
Les organismes français versent directement aux familles, à partir du deuxième enfant, et sans limite de nombre, les allocations familiales à un taux fixé bilatéralement.

c) Système de participation (Algérie, Autriche, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo, Tunisie).
Les organismes français payent aux Caisses des pays d'origine une "participation". Son taux est fixé bilatéralement mais ne correspond pas à ce que percevra en réalité la famille. En effet, elle touchera les prestations du régime local, et la différence sera affectée à "l'action sociale" de ce pays.

Les allocations sont ici dues à partir du premier enfant, mais jusqu'à quatre seulement, dans un souci de limitation démographique.

d) Cas particuliers (Maroc, Turquie).
Un système mixte est appliqué pour ces deux pays : les allocations familiales sont versées directement aux familles par les organismes français, à partir du premier enfant et dans la limite de quatre. (Voir tableau page suivante).

La lecture de ce tableau appelle trois remarques :

- Il ne tient compte, pour le système français, que des seules allocations familiales, et non de l'ensemble des prestations auxquelles peut prétendre toute famille demeurant en France. Cette différence constitue un bénéfice important pour les régimes de sécurité sociale français.

- Une seconde différence importante apparaît entre le taux des allocations familiales du régime français et le taux des participations versées aux organismes des pays d'origine. C'est cette différence qui constitue la base des ressources du FONDS D'ACTION SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS (F.A.S.), et qui est donc en quelque sorte le dû de ces derniers.

- A l'exception de cinq pays (Espagne, Maroc, Portugal, Turquie, Yougoslavie), ces barèmes correspondent à ce que la France verse aux organismes de sécurité sociale de ces pays, et non à ce que touche réellement la famille, au taux des allocations familiales du pays : cette différence est destinée à "l'action sociale" de ce pays.

4/ Taux et bases de reversement par les organismes français pour les enfants restés au pays d'origine

Au 1er juillet 81

| Nbre enfants | Au 1er juillet 81 | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|----------------------|---------|---------|-------------|--------|---------|-------------|--------|------------------|------------------|---|---------|---------|---------|
| | FRANCE (Alloc. fam.) | ALGERIE | ESPAGNE | MADAGAS CAR | MALI | MAROC | MAURITA NIE | NIGER | PORTUGAL | SENEGAL | TOGO | TUNISIE | TURQUIE | YUGOSL. |
| 1 | 0 | 81 | 0 | 25 | 45 | 72 | 35 | 35 | 0 | 35 | 50 | 73 | 45 | 0 |
| 2 | 318 | 162 | 207 | 50 | 90 | 144 | 70 | 70 | 172 | 70 | 100 | 146 | 150 | 187 |
| 3 | 890 | 243 | 431 | 75 | 135 | 216 | 105 | 105 | 258 | 105 | 150 | 219 | 240 | 308 |
| 4 | 1 401 | 324 | 563 | 100 | 180 | 288 | 140 | 140 | 344 | 140 | 200 | 292 | 257 | 408 |
| | + 486 | - | 682 | - | - | - | - | - | + 86 | - | - | - | - | + 89 |
| Age limite | 16 (ou 17 ou 20) | 18 | 16 | 15 | 17 | 18 | 17 | 17 | 15 (20 inf.) (1) | 15 (20 inf.) (1) | 16 (17 (appr) 20 (inf.) (ét.) 21 (ét.)) | 18 | 16 | 15 |
| Versé à | FAMILLE | CAISSE | FAMILLE | CAISSE | CAISSE | FAMILLE | CAISSE | CAISSE | FAMILLE | CAISSE | CAISSE | CAISSE | FAMILLE | FAMILLE |

NB : - ALGERIE. Les négociations franco-algériennes qui se sont achevées le 1er octobre 1980 à Paris ont considérablement rehaussé les barèmes des allocations familiales, et ont porté l'âge limite de versement de 15 à 18 ans.

- AUTRICHE. Les allocations familiales sont versées aux taux des allocations familiales autrichiennes, dans la limite du taux des allocations familiales perçues en France.

- GABON . Convention non encore ratifiée par le Parlement.

(1) voir p.32