

L'assurance maladie : conditions
générales d'ouverture des droits

□ Plusieurs conditions existent pour pouvoir bénéficier des différentes prestations de l'assurance maladie. Ce sont les « conditions d'ouverture des droits » ; certaines sont spécifiques aux ressortissants étrangers. Les prestations perçues en France sont les mêmes pour tous, quelle que soit la nationalité. En revanche, celles qui sont perçues au pays d'origine sont plus limitées.

Aux termes de l'article L 311-7 du Code de la sécurité sociale, les travailleurs étrangers et leurs ayants droit bénéficient des prestations sociales, s'ils ont leur résidence en France. Il en est de même pour les étrangers ayant leur résidence à l'étranger et leur lieu de travail permanent en France. Les travailleurs étrangers et leurs ayants droit résidant en France bénéficient des mêmes prestations de l'assurance maladie, en espèces et en nature, que les Français. De plus, pour les *étrangers, ressortissants*

communautaires ou ressortissants de pays signataires de *conventions bilatérales*, il est tenu compte, si cela s'avère nécessaire, des périodes d'assurance, d'emploi, ou de résidence qui ont pu être accomplies dans un autre pays de la CEE ou dans un pays signataire d'une convention bilatérale. La plupart des conventions bilatérales prévoient qu'un délai maximal ne doit pas s'être écoulé entre la fin de la période d'assurance à l'étranger et le début de la période d'assurance en France. Les règlements communautaires ne prévoient pas un tel délai.

22 I. L'affiliation obligatoire

L'affiliation est le rattachement d'un assuré à une caisse primaire d'assurance maladie.

A. L'IMMATRICULATION

L'immatriculation est l'opération par laquelle le travailleur est officiellement inscrit sur la liste des assurés de la caisse dont il relève.

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 correspondances adressés à la caisse.

B. LE 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) sont soumis à un contrôle médical qui revêt le caractère d'une sélection. Cet examen de santé s'effectue sous la responsabilité du service médical de l'Office des migrations internationales, OMI (ancien ONI). Préalablement à l'introduction, il s'effectue soit à l'antenne locale de l'OMI, soit auprès des services médicaux agréés par le consulat de France. En cas de régularisation en France, c'est la préfecture qui ordonne le contrôle médical lors de la demande d'autorisation de séjour, et l'intéressé sera convoqué directement par l'OMI.

Selon l'article L 374 du Code de la Sécurité sociale, l'employeur doit vérifier que l'étranger a bien subi le contrôle médical, faute de quoi il devra rembourser les prestations versées par les caisses.

b) Conséquences pour l'assuré. Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) 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.

24

c) 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 CEE ;
- le personnel de certaines organisations internationales dont le siège est à Paris ;
- les fonctionnaires titulaires des États étrangers, détachés provisoirement en France, mais restant au service de leur gouvernement ;
- le personnel subalterne des ambassades et consulats ;
- les Andorrans ;
- les Monégasques ;

- les Marocains entrés avant le 1^{er} mai 1961 ;
- les Tunisiens entrés avant le 8 août 1963 ;
- les Vietnamiens entrés avant le 24 décembre 1958 ;

- les travailleurs frontaliers ;
- les Centrafricains, Congolais et Tchadiens ;
- les enfants d'étrangers nés en France ou entrés en France avant l'âge de 10 ans ;
- les demandeurs d'asile ;
- les réfugiés et apatrides.

Sont présumés avoir subi le contrôle médical les étrangers soumis aux dispositions de l'ordonnance du 2 novembre 1945, qui sont porteurs soit d'un *contrat d'introduction* visé par le ministère du Travail, soit d'un titre de séjour ouvrant *droit au travail*.

Les Gabonais et les Togolais peuvent apporter la preuve du contrôle médical par la production d'un certificat visé par le consul de France. Les Algériens titulaires d'un titre de séjour sont présumés avoir passé le contrôle médical. Les ressortissants du Cameroun, de la Côte-d'Ivoire, du Bénin, du Burkina Faso, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, du Sénégal, sont présumés avoir passé le contrôle médical s'ils ont une autorisation de travail.

C. LES CONSÉQUENCES DE L'ABSENCE DE DÉCLARATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE PAR L'EMPLOYEUR

Deux situations sont à distinguer selon que l'employeur a remis ou non des fiches de paye au salarié.

a) Si l'employeur a remis des fiches de paye, faisant apparaître les retenues de cotisations à charge du salarié :

— Les droits à l'assurance maladie sont ouverts en fonction des salaires déclarés sur la fiche de paye.

— Pour l'assurance vieillesse, le salarié devra faire procéder à une reconstitution de carrière. Ce ne sera possible que s'il a conservé toutes ses fiches de paye.

Attention ! Fréquemment, les salariés découvrent au moment de la demande de liquidation de leur retraite qu'ils n'ont pas été déclarés. Il arrive aussi que les déclarations de l'employeur soient faites sur des bases inférieures aux salaires réellement versés, et même à ceux indiqués sur les fiches de paye.

Comment savoir si l'employeur effectue des déclarations ? En principe, tout salarié qui effectue 1 200 heures de travail dans l'année doit recevoir une carte d'assuré social, précisant ses droits. La mise en place de ce système n'est pas encore achevée. Si l'on a des doutes, il faut interroger la CNAVTS (Caisse nationale d'assurance vieillesse, 110, rue de Flandre, 75019 Paris) en demandant un relevé de son compte.

26 b) Si l'employeur ne remet pas de fiches de paye, il est probable qu'il n'effectue pas non plus de déclaration à la Sécurité sociale ; dans ce cas, le travailleur ne peut invoquer aucun droit. Il est évidemment possible d'intervenir auprès de l'inspection du Travail, des prud'hommes, mais aussi de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas d'absence de déclaration, ou de déclaration anormale, on peut demander à la Sécurité sociale d'effectuer un contrôle dans l'entreprise. Cette demande doit être faite soit auprès de la caisse primaire, soit auprès de l'Urssaf¹ (cette dernière intervient généralement plus rapidement). Il est possible de conserver l'anonymat, afin d'éviter un risque de licenciement.

III. 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 (maladie maternité). 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.)

1. Voir encadré p. 8.

28 A. LES BÉNÉFICIAIRES

Le bénéfice de l'assurance personnelle est ouvert à toute personne résidant en France et n'ayant pas droit à un titre quelconque aux prestations d'un régime obligatoire. Cela exclut donc les ayants droit ou les personnes cessant de relever du régime général (fin de droits).

29 B. LA LOI PRÉVOIT EXPRESSÉMENT LA CONDITION DE RÉSIDENCE EN FRANCE

« Les personnes de nationalité étrangère doivent justifier qu'elles résident en France dans des conditions régulières depuis plus de trois mois². »

C'est-à-dire qu'elles doivent être en possession d'un titre mentionné à l'arrêté du 11 juillet 1980. (On peut s'étonner que cet arrêté n'ait pas été réactualisé pour prendre en compte les modifications intervenues dans les titres de séjour depuis 1980, et notamment la carte de résident.)

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

2. Il est toujours possible de demander à la préfecture une autorisation provisoire de séjour pour soins.

- carte de résidence de 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. Il faut noter que les apatrides, les réfugiés, les ressortissants de la CEE et de pays ayant signé une convention avec la France (Andorre, Autriche, Canada, Maroc, Niger, Norvège, Pologne, Sénégal, Suisse, Togo, Tunisie, Turquie, Yougoslavie) sont dispensés de la condition de résidence de trois mois.

C. L'AFFILIATION À L'ASSURANCE PERSONNELLE

L'affiliation peut être automatique ou résulter d'une demande.

Lorsqu'une personne cesse de remplir les conditions pour être assujettie à l'assurance maladie, l'organisme dont elle dépendait doit l'informer par lettre recommandée que, sauf refus exprimé dans un

délai de trois mois, son affiliation à l'assurance personnelle sera automatique.

La demande peut aussi être spontanée : elle doit être adressée à la caisse primaire.

L'affiliation prend effet

- normalement le premier jour du mois civil au cours duquel elle est présentée (*exemple* : si la demande est faite le 10 juin, elle prend effet au 1^{er} juin) ;

- à la demande expresse de l'intéressé, au premier jour du mois civil précédent celle-ci (*exemple*, dans le même cas, la demande du 10 juin prend effet au 1^{er} 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.

Les possibilités de *résiliation* sont limitées aux seuls cas où l'on vient à relever d'un autre régime, en qualité d'assuré ou d'ayant droit.

31 D. LES COTISATIONS

Le montant des cotisations est établi en fonction des revenus, le minimum annuel étant de 8 908 F jusqu'au 30 juin 1988. Le montant est par ailleurs forfaitaire pour certaines catégories.

Bénéficiaires	Montant de la cotisation annuelle ¹ (en francs)
Élèves de l'enseignement secondaire et de tout établissement agréé pour l'assurance personnelle âgés de moins de 26 ans, année scolaire 1986-1987	640
Jeunes gens âgés de moins de 27 ans	898
Étudiants boursiers de leur gouvernement	4 454
Travailleurs frontaliers	8 908
Titulaires de l'allocation spéciale de vieillesse servie par la Caisse des dépôts et consignations	8 908
Personnes totalisant plus de trois ans d'hospitalisation (modification du calcul de la cotisation par décret n° 84.1198 du 28 décembre 1984)	8 908
1. Période du 1 ^{er} juillet 1987 au 30 juin 1988.	

Les cotisations peuvent être prises en charge à la demande de l'intéressé :

- par la caisse d'allocations familiales pour les bénéficiaires de prestations familiales ;
- par la Caisse des dépôts et consignations pour les titulaires de l'allocation spéciale vieillesse ;
- par l'*aide sociale* : la demande doit alors être adressée au Centre communal d'action sociale (mairie).

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 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.)

Dans les mêmes conditions, il serait certainement possible de considérer que l'assuré polygame puisse également garantir sa première et sa deuxième épouse. En cas de refus, il est important d'engager des recours.

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).

• *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 réservera 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

ment 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 aucuner droit en France aux prestations 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).

En cas de refus de la caisse, il faut faire d'abord

• **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 *est expirée*, et non au sens administratif de possession d'un titre de séjour, comme l'interprètent abusivement les caisses.

La caisse primaire d'assurance maladie de Paris, en réponse à une requête de l'union départementale CFDT, a d'ailleurs confirmé cette interprétation estimant même qu'une attestation sur l'honneur pourrait être acceptée, les centres de paiement réservant alors une possibilité de recours s'il se révélait par la suite qu'il s'agissait d'une fausse déclaration (lettre CPAM du 20 juillet 1983).

On retrouve la même analyse dans la brochure *Accrochez-vous à vos droits*, publiée conjointement en mai 1988 par la Fondation France-Libertés, l'association RE.ME.DE. et la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France.

Les chômeurs qui perçoivent une allocation de chômage bénéficient du *maintien de leurs droits aux prestations d'assurance maladie* (cette protection

IV. Les prestations des chômeurs en fin de droits

n'est plus totalement gratuite puisqu'une retenue d (notamment consultations externes et dépenses 1 % est opérée sur leur allocation de chômage, à pharmacéutiques).

« J'ai demandé à cet égard la mise en œuvre des titres de l'assurance maladie).

Depuis la loi n° 82-1 du 4 janvier 1982, les per deux dispositions suivantes :

sonnés qui ont épuisé leurs droits aux allocation « — La délivrance d'une carte d'assuré social en continuent à bénéficier, pour elles-mêmes et leur tous points identique à celle des salariés dont les ayants droit, des prestations en nature (rembourse droits sont ouverts aux demandeurs d'emploi. Cette ment de soins) « tant qu'elles demeurent à la reche carte porte mention de l'ouverture des droits pour che d'un emploi ». Ce dispositif figure désormais une durée d'une année, pendant laquelle le droit aux l'article L 311-5 du Code de la Sécurité sociale ; un prestations en nature est maintenu après la fin de circulaire ministérielle n° 82-10 du 22 mars 198 l'indemnisation par les Assedic, en application de précisait que les intéressés devaient seulement four l'article L 161-8 du Code de la Sécurité sociale.

nir chaque année à leur caisse primaire une décl « Il en est de même pour les autres assurés sociaux, ration sur l'honneur attestant qu'ils étaient à tels que les anciens ayants droit, qui bénéficiaient en vertu des mêmes dispositions du maintien de leurs recherche d'un emploi.

La loi de 1982 a été superbement ignorée par le droits pendant une durée d'un an.

caisses primaires, et de plus en plus de chômeur « — La délivrance d'une carte d'assuré social ayant épuisé leurs allocations de chômage se retrou aux demandeurs d'emploi qui ne sont plus indem- vent non seulement sans ressources, mais encon nisés et qui bénéficiaient au terme de l'année de main- sans protection sociale. Cette situation a été dénoncié des droits, tant qu'ils demeurent à la recherche cée par plusieurs associations humanitaires.

Une circulaire Séguin du 8 janvier 1988 relatives en nature des assurances maladie et mater- à l'amélioration des conditions d'accès aux soins de nité du régime général. Cette carte comporte personnes les plus démunies (JO du 6 février 1988) l'ouverture des droits pour une durée de six mois, tente de remédier à ces abus. Étant donné so prorogée de six mois en six mois dès lors que l'inté- importance, nous en citons de larges extraits. ressé déclare sur l'honneur qu'il est toujours à la « Il est indispensable tout d'abord que soit garan recherche d'un emploi. Cette déclaration doit être aux demandeurs d'emploi qui ont cessé d'être établie sur un imprimé type qui fera l'objet d'une indemnités par les Assedic l'exercice effectif de homologation ministérielle. »

droits qui leur sont ouverts par le Code de la Sécu L'application de cette circulaire par les caisses pri- rité sociale. En effet, ces personnes ont actuellement mairés est encore très inégale, mais dans l'ensem- des difficultés à les faire valoir et peuvent en cor ble elles ne manifestent guère de précipitation.

séquence se trouver privées de l'accès au tiers payan Mais attention, cela ne concerne que le chômeur

qui aura été jusqu'au bout de ses droits à l'indemnisation (exemple, en cas de refus d'un emploi proposé), il ne bénéficie de prestations en nature que dans les douze mois suivant sa radiation.

— l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;
— la rente accident du travail, si le taux d'incapacité est au moins égal à deux tiers ;
— la rente ou allocation de conjoint survivant d'une victime d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
— l'allocation d'insertion versée aux demandeurs d'asile.

37 Il faut noter qu'une lettre du 1^{er} juillet 1987 du ministre des Affaires sociales et de l'Emploi, directeur de la CNAM précise que le maintien des droits de douze mois pour un assuré ou ses ayants droit résidant en France est suspendu si celui-ci a été libéré de l'étranger pour l'une des raisons suivantes : maladie professionnelle, congé sabbatique, absence de retour, réinsertion, ou expulsion.

38 V. Les autres catégories de bénéficiaires

D'autres personnes peuvent prétendre au versement de prestations de soins par le régime général de sécurité sociale, en fonction de leur situation personnelle. La liste qui en est donnée ci-après, à titre exhaustif, n'est pas exhaustive.

• D'une part, les titulaires de certaines allocations :

— l'allocation de parent isolé (les cotisations prises en charge par le régime des prestations familiales) ;

• D'autre part, les personnes qui se trouvent dans les situations suivantes :

— les ayants droit de la personne qui accomplit le service national ;
— les personnes libérées du service national — ainsi que leurs ayants droit — pendant les douze mois qui suivent leur libération. A ce propos, il faut noter que la Caisse nationale d'assurance maladie considère que ces dispositions « visent uniquement les salariés qui accomplissent leur service militaire français » (lettre de la CNAM du 31 mars 1987). Cette interprétation inacceptable vise à éliminer à la fois les étrangers et les doubles nationaux qui font leur service à l'étranger. Il convient dans ce cas d'engager les recours appropriés ;
— les ayants droit d'un détenu pendant la durée de son incarcération. Les détenus libérés, ainsi que leurs ayants droit, pendant les douze mois qui suivent leur libération.

39 VI. L'assurance maladie des commerçants et artisans

Pour les travailleurs indépendants, le droit aux prestations de l'assurance maladie est acquis dès le début de l'exercice de l'activité professionnelle : contrairement au régime des salariés, il n'y a pas à justifier de durée minimale de travail.

La seule condition, mais elle est d'importance, est que l'assuré soit *sans cesse à jour de ses cotisations*. Les cotisations d'assurance maladie sont payables en deux fractions semestrielles : les 1^{er} avril et 1^{er} octobre. Elles sont calculées en *pourcentage du revenu professionnel net imposable*. En début d'activité, ou lorsque les revenus sont très *faibles*, voire inexistantes (par exemple en cas de déficit), les cotisations sont calculées sur une assiette forfaitaire qui constitue une assiette minimale, soit 40 % du plafond annuel de la Sécurité sociale. (Pour 1988, compte tenu d'un taux de cotisation de 11,75 % sur une assiette minimale de 48 528 F, la cotisation annuelle minimale est de 5 702 F.)

Lors de toute demande de remboursement de soins, il est vérifié que les cotisations échues ont bien été réglées à leur date d'échéance. Cette condition est appréciée par rapport à la date du premier acte médical figurant sur la feuille de soins. Si la condition n'est pas remplie, l'assuré perd le bénéfice de toutes les prestations résultant de l'établissement de la feuille de soins. Il peut cependant être rétabli dans ses droits à remboursements s'il fait valoir ses droits

et acquitte ses cotisations dans les trois mois après leur date d'échéance, pour les soins dispensés au cours de cette période ; le règlement des prestations ne peut alors intervenir qu'à l'issue du paiement des cotisations dues pour cette même échéance. Passé ce délai de trois mois, le remboursement des soins n'est effectué qu'à titre exceptionnel, sur décision de la commission de recours amiable, s'il apparaît que le retard dans le paiement des cotisations est imputable à un cas de force majeure ou de bonne foi ; la commission ne peut octroyer ce remboursement exceptionnel que si le retard de paiement ne concerne que la dernière échéance semestrielle. Autrement, l'assuré ne pourra prétendre de nouveau au remboursement des soins à venir qu'à dater du paiement de l'ensemble des cotisations arriérées et des majorations de retard afférentes.