

tion de l'hospitalisation), et se fasse ensuite rembourser par la caisse primaire d'assurance maladie.

Le système du tiers payant permet à l'assuré de ne pas faire l'avance des frais. La caisse primaire rembourse alors directement le médecin, le pharmacien ou l'hôpital. Pour cela, il faut s'adresser à un médecin ou à un établissement pratiquant cette formule (dispensaire, consultation externe des hôpitaux, centre médical mutualiste, etc.) et à un pharmacien ayant passé une convention spéciale avec la Sécurité sociale. Cependant le tiers payant ne dispense pas l'assuré du paiement du ticket modérateur.

2

L'assurance maladie : les prestations

40 I. Les prestations perçues en France

Les étrangers qui résident en France et qui sont assurés sociaux, à quelque titre que ce soit (travailleurs, chômeurs, titulaires d'allocations diverses et leurs ayants droit), ont droit à toutes les prestations en nature de l'assurance maladie pour les soins exécutés en France (remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, hospitalisation...). On abordera ici uniquement les prestations les plus importantes.

A. LE TIERS PAYANT

Le système français de Sécurité sociale veut que l'assuré règle lui-même ses soins de santé (à l'except-

56

41

B. LE TICKET MODÉRATEUR

Les soins ne sont pas totalement remboursés à l'assuré. Il reste toujours à sa charge une partie des dépenses, partie appelée ticket modérateur (25 % des honoraires des médecins, 60 ou 30 % du prix des médicaments).

C. L'EXONÉRATION DU TICKET MODÉRATEUR

Les soins occasionnés par certaines maladies sont totalement remboursés. Ce système de prise en charge à 100 % a été profondément bouleversé et considérablement compliqué depuis 1987, dans le cadre du « *plan de rationalisation des dépenses de*

57

l'assurance maladie » de Philippe Séguin (sept décrets et un arrêté du 31 décembre 1986).

Les malades atteints d'une des *trente maladies* dites « longues et coûteuses », figurant sur une liste établie par un décret du 31 décembre 1986, sont remboursés à 100 % pour les *dépenses occasionnées par leur seule maladie*, à l'exception des médicaments dits « de confort » qui restent remboursés à 40 %. Les soins pour les autres affections dont ils seraient en même temps atteints sont remboursés normalement, avec application des tickets modérateurs.

Deux « filets de sécurité » sont prévus :

- La 19^e prestation supplémentaire (arrêté du 30 avril 1987) : les malades atteints d'une « maladie longue et coûteuse » bénéficient obligatoirement du remboursement à 100 % des « médicaments de confort » s'ils sont en relation directe avec la maladie exonérante, et si les ressources familiales annuelles sont inférieures à 84 500 F, ce plafond étant majoré de 50 % par personne à charge (arrêté du 17 décembre 1987). *L'assuré doit en faire préalablement la demande à sa caisse primaire.*

- La « 31^e maladie » : un assuré atteint d'une maladie ne figurant pas sur la liste des « 30 maladies longues et coûteuses » peut demander à bénéficier de l'exonération du ticket modérateur, sous forme de prise en charge par le Fonds national d'action sanitaire et sociale. La prise en charge est accordée pour vingt-quatre mois maximum, si le contrôle médical de la caisse primaire reconnaît qu'il y a une affection grave évolutive ou invalidante (voir Les fonds de secours, p. 101).

II. Cas particuliers de l'assurance maladie : les accidents du travail et les maladies professionnelles

A. DÉFINITION

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

42

a) L'accident du travail (à proprement parler)

« Est considéré comme accident du travail, quelle 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. »

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. (*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 sur le lieu du travail mais en dehors des horaires de

travail, ou bien pendant le 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 accidents 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...

43 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 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.

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.

60

44

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.

Les maladies reconnues comme professionnelles

On en distingue trois catégories :

— les manifestations morbides des *intoxications aiguës ou chroniques* résultant de l'action de certains produits. (Exemples : le saturnisme, les affections causées par le ciment, la silicose chez les mineurs) ;

— les *infections microbiennes* (charbon professionnel, tétanos) ;

— les affections résultant d'*ambiances ou d'attitudes particulières*. (Exemples : les affections ostéoarticulaires provoquées par l'emploi de marteaux pneumatiques, la surdité professionnelle.)

Les tableaux prévoient un délai de prise en charge et une *liste limitative* ou indicative, selon le cas, 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.

Les maladies non inscrites sur les tableaux

Le salarié ne peut, dans ce cas, prétendre qu'aux

61

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.

45

B. LES FORMALITÉS À ACCOMPLIR

a) Accident du travail ou accident de trajet

Premières formalités

• *La victime.* Elle doit déclarer auprès de l'employeur l'accident dans les vingt-quatre 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

62

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.

• *L'employeur :* il doit envoyer la déclaration, par lettre recommandée avec accusé de réception, auprès de la *caisse primaire* dans les *quarante-huit heures* après que l'accident a 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 lui permettra de se faire soigner gratuitement.

• *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.

46

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 un délai de *vingt 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, et ce, *à titre définitif*, sauf en cas de fraude ou fausse déclaration de la victime.

63

b) Maladie professionnelle

• *La victime* : celle-ci doit faire sa déclaration 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.

• *L'employeur* : il doit remettre à la victime une attestation. Celle-ci est annexée à la déclaration.

• *La caisse primaire d'assurance maladie* : elle doit donner à la victime ou à ses représentants la feuille d'accident à trois volets.

• *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.

47

C. LES PRESTATIONS

En cas d'incapacité de travail résultant 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 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 permanente, 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.

48

La rente

Si l'accident a laissé subsister une incapacité permanente de travail, soit partielle (IPP), soit totale (IPT), l'indemnité journalière est remplacée par une rente.

• *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.

• *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).

• *Rente aux ayants droit de la victime, en cas de décès.* Lorsqu'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 une partie de la rente (la législation ne prévoit pas le rapatriement gratuit des corps dans les pays d'origine).

III. L'invalidité

L'assuré qui perd tout ou partie de son salaire à la suite d'une réduction de sa capacité de travail peut bénéficier d'une pension d'invalidité, temporairement ou jusqu'à l'âge de sa retraite. Il a droit à cette pension s'il présente une invalidité réduisant des deux tiers sa capacité de travail ou de gain.

La notion d'invalidité tient compte de critères médicaux, mais aussi de critères d'ordre professionnel et social. Elle ne doit pas être confondue avec l'incapacité consécutive à un accident de travail (voir p. 65).

A. LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION

Selon le Code de la Sécurité sociale, article L 341-3, « l'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle » :

1) soit après consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail ;

2) soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues par l'assurance maladie (trois ans maximum) ;

3) soit après stabilisation de son état ;

4) soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité lorsque celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

Pour percevoir une pension d'invalidité, l'assuré doit justifier de douze mois d'immatriculation et d'un nombre minimal d'heures de travail au cours des six mois qui précèdent la date à laquelle est survenu le fait ouvrant droit aux prestations. Il doit en outre avoir moins de 60 ans.

Les chômeurs peuvent prétendre à l'attribution d'une pension d'invalidité pendant la durée totale

de leur indemnisation, dans la mesure où les conditions d'ouverture de droits sont remplies (L. 311-5).

La demande peut être effectuée soit à l'initiative de la caisse, soit à la demande de l'assuré. Pour être recevable elle doit être présentée dans le délai de douze mois qui suit :

- soit la date de consolidation de la blessure en cas d'accident non professionnel ;
- soit la date de la constatation de l'invalidité si cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme ;
- soit la date de l'expiration de la période légale d'attribution des prestations en espèces de l'assurance maladie (trois ans) ;
- soit la date à laquelle la caisse primaire a cessé d'accorder les prestations.

En cas de rejet, une nouvelle demande peut être faite dans un délai d'un an. Le refus peut faire l'objet d'un recours (voir p. 176).

50 B. LE MONTANT DE LA PENSION

Les invalides sont classés en trois catégories :

- Les invalides capables d'exercer une activité rémunérée. Leur pension est égale à 30 % du salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des dix meilleures années depuis 1947. Maximum 36 396 F par an, minimum 14 130 F par an (1^{er} juillet 1988).
- Les invalides incapables d'exercer une activité

68

salariée quelconque. Leur pension est égale à 50 % du salaire annuel moyen. Maximum 60 660 F par an et minimum 14 130 par an (1^{er} juillet 1988).

— Les invalides contraints d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie. Dans ce cas la pension deuxième catégorie est majorée de 40 % au titre de l'aide pour tierce personne. Majoration tierce personne 55 370,40 F.

51 C. L'EXPORTATION DE LA PENSION

En cas de retour au pays d'origine, la pension n'est versée à l'invalidé de nationalité étrangère que si son pays a passé une convention établissant un accord de réciprocité. La pension pourra également être versée à un bénéficiaire transférant sa résidence hors de France, sous la réserve expresse que le double contrôle administratif et médical soit possible au lieu de sa nouvelle résidence. A défaut de convention ou de possibilité de contrôle, la pension est suspendue le jour du départ hors de France de l'intéressé.

52 IV. L'assurance veuvage

L'assurance veuvage a pour objet de venir en aide au conjoint survivant. Cette aide est temporaire ; elle est versée au maximum pendant trois ans et elle est dégressive.

69

A. LES CONDITIONS

L'assuré devait au moment de son décès avoir la qualité d'assuré veuvage. Cette qualité est reconnue à un certain nombre de catégories d'assurés notamment les assurés du régime général, salariés et demandeurs d'emploi.

Le bénéficiaire : seul le conjoint survivant peut prétendre à ce titre. Il ne doit être ni marié ni vivre maritalement. Il doit avoir moins de 55 ans. Si l'assuré décédé avait plusieurs épouses, il peut y avoir partage de l'allocation.

Le conjoint doit assumer la charge d'au moins un enfant ou avoir élevé au moins un enfant pendant neuf ans jusqu'à son seizième anniversaire.

Pour en bénéficier, le conjoint survivant doit résider en France à moins qu'il ne soit ressortissant d'un pays ayant passé une convention avec la France.

B. LE MONTANT

L'allocation est dégressive dans la limite d'un plafond de 9 499 F par trimestre : 2 533 F la première année, 1 664 F la deuxième année et 1 268 F la troisième année (montant au 1^{er} juillet 1988).

53 V. L'interruption volontaire de grossesse (IVG)

« L'interruption volontaire de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci

justifie des conditions de résidence fixées par voie réglementaire. » Cette disposition de la loi du 17 janvier 1975 (votée pour une durée de cinq ans) a été purement et simplement confirmée par la loi définitive du 31 décembre 1979¹.

Les textes d'application (décret et arrêté du 13 mai 1975) définissent de façon très précise ces conditions : il s'agit d'une *résidence régulière de plus de trois mois au jour de l'interruption volontaire de grossesse*.

La liste des titres de séjour pris en considération est fixée conjointement par le ministre de la Santé et le ministre de l'Intérieur. Il s'agit de celle élaborée en 1975, à laquelle a été ajouté l'article suivant : « Ce délai (de trois mois) n'est pas exigé de la femme étrangère qui a demandé le bénéfice de la convention de Genève du 28 juillet 1951 sur le statut des réfugiés. »

54 A. LES TITRES DE SÉJOUR PRIS EN CONSIDÉRATION²

- carte de résident privilégié ;
- carte de résident ordinaire ;
- carte de séjour temporaire ;
- carte de séjour de ressortissant d'un État membre de la Communauté économique européenne ;

1. Les textes officiels cités dans cette section sont les suivants : loi 75-17 du 17 janvier 1975 ; loi 79-1204 du 31 décembre 1979 ; décret et arrêté du 13 mai 1975 ; décret 80-633 du 5 août 1980 ; arrêté du 7 janvier 1981 ; loi 82-1172 du 31 décembre 1982 prévoyant la couverture par l'assurance maladie.

2. Sur l'aspect caduc de cette liste, voir les observations de la p. 40.

- certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- 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.

L'arrêté du 7 janvier 1981 y ajoute le récépissé de demande de carte de séjour portant la mention « a sollicité l'asile », accompagné d'une attestation par l'OFPRA du dépôt d'une demande de reconnaissance de la qualité de réfugié.

Notons que de nombreux textes concernant l'assurance maladie et les prestations familiales se réfèrent à ce décret du 13 mai 1975 ; cette liste sert de base de référence à la réglementation actuelle de Sécurité sociale pour l'appréciation de la « régularité » du séjour. Il y figure toujours cette restriction concernant le refus de prise en compte du récépissé de première demande.

55

Les mineures étrangères (moins de 18 ans) doivent se conformer au droit commun et obtenir l'accord de l'un des parents, ou tuteur, qui exerce l'autorité parentale.

Par ailleurs, lorsqu'elles ont moins de 16 ans, n'étant pas tenues de posséder un titre de séjour, elles peuvent faire la preuve de leur résidence en France depuis plus de trois mois par tous les moyens (certificats de scolarité...).

B. POURQUOI CES DISPOSITIONS CONCERNANT LES ÉTRANGÈRES ?

Le gouvernement, en 1975, puis lors du vote de la loi de 1979, a souhaité éviter que la législation française n'attire les femmes étrangères voulant subir une IVG.

De fait, cette mesure renforce le dispositif actuel d'exclusion des étrangers du système de soins, et le résultat a été d'exclure toutes les femmes étrangères résidant en France sans papiers, dont la plupart depuis beaucoup plus de trois mois. Ce faisant, on refuse à un certain nombre de femmes étrangères la liberté reconnue à toute femme par la loi de mener ou non à terme une grossesse.

séjour... L'IVG est donc à présent remboursée par la Sécurité sociale.

VI. Les prestations perçues au pays d'origine

58 A. LES DROITS DES FAMILLES DEMEURÉES DANS LE PAYS D'ORIGINE

• Dans le cas de pays ayant passé une *convention avec la France*, 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 en envoi 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 ou douze mois selon les pays.

75

56 C. RAPPEL SUR LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'IVG

L'interruption volontaire de grossesse doit être pratiquée avant la fin de la *dixième semaine de grossesse* (et non pas trois mois). Dans certains cas, où la santé de la femme est mise en péril, ou bien quand il existe un risque que l'enfant soit atteint d'une affection grave, ce délai de dix semaines peut être dépassé ; il s'agit alors d'une *interruption thérapeutique de grossesse* (ITG).

Démarches : la femme doit « observer un délai de réflexion » de sept jours entre la première consultation et l'interruption. Elle doit être informée par les organismes sociaux de l'aide à laquelle elle a droit pour son cas personnel. Il s'agit là de démarches retardant parfois inutilement une décision sûre.

L'interruption doit être faite par un médecin, dans un établissement d'hospitalisation public ou privé.

57 D. LA PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'IVG était, lors de sa mise en place, à la charge des intéressées, ou à défaut, de l'aide sociale. La loi du 31 décembre 1982 a intégré à l'assurance maladie la couverture des frais de soins et d'hospitalisation liés à l'IVG, dans la mesure où celle-ci est effectuée dans les conditions prévues par la loi de 1979 : délais, procédure, possession d'un titre de

74

59

Le cas des chômeurs

Depuis janvier 1985 des instructions ont été données de ne plus délivrer d'attestation d'affiliation du travailleur, s'il est au chômage, permettant à la famille demeurée dans le pays d'origine de percevoir les prestations prévues par la législation de ce pays (Bulletin Juridique 1 a CNAM n° 9, 1985).

• S'il n'y a pas de convention, les familles restées au pays d'origine n'ont aucune couverture sociale.

60

B. LES SÉJOURS À L'ÉTRANGER À L'OCCASION DE CONGÉS PAYÉS

Pour les étrangers 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.

Les assurés du régime français ressortissants de la CEE qui partent dans leur pays d'origine ou dans un autre pays de la CEE bénéficient de la prise en charge pour eux et leurs ayants droit.

Les ressortissants de pays signataires de la *Charte sociale européenne* bénéficient de la prise en charge pour eux-mêmes et leurs ayants droit s'ils passent leurs vacances au pays d'origine. La logique de la Charte sociale serait la même prise en charge quel que soit le pays signataire ; il faut le vérifier au cas par cas.

76

SÉJOUR À L'ÉTRANGER DES RESSORTISSANTS DE PAYS SIGNATAIRES DE CONVENTIONS BILATÉRALES

PAYS D'ORIGINE	QUELS SONT VOS DROITS ?	
	Pour vous-même	Pour les ayants droit vous accompagnant
Algérie	Si vous avez besoin de soins médicaux ou hospitaliers : l'institution du pays où vous séjournez vous remboursera directement les frais que vous aurez engagés pour vous soigner. Si le médecin local vous prescrit du repos ou si vous êtes hospitalisé ; c'est l'organisme de sécurité sociale français qui vous réglera les indemnités journalières. Mais attention : vous n'aurez droit aux prestations que pendant une période de trois mois éventuellement renouvelable une fois (soit une période totale de six mois). Important : en Tunisie, vous pourrez bénéficier des prestations au-delà des six mois MAIS UNIQUEMENT si vous êtes reconnu atteint d'une affection exceptionnellement grave.	Les frais que vous aurez engagés pour faire soigner les personnes à votre charge doivent être remboursés directement par l'institution de sécurité sociale du lieu de votre séjour.
Maroc Tunisie	Si vous avez besoin de soins médicaux ou hospitaliers : l'institution yougoslave vous remboursera directement les frais que vous aurez engagés pour vous soigner. Si le médecin local vous prescrit du repos ou si vous êtes hospitalisé, c'est la caisse française qui vous versera les indemnités journalières.	
Yougoslavie	Si vous avez besoin de soins médicaux ou hospitaliers : l'institution yougoslave vous remboursera directement les frais que vous aurez engagés pour vous soigner. Si le médecin local vous prescrit du repos ou si vous êtes hospitalisé, c'est la caisse française qui vous versera les indemnités journalières.	
Gabon	Les soins sont pris en charge par l'institution gabonaise, aucune indemnité journalière ne sera servie.	
Bénin	Vous n'avez aucune démarche à faire avant votre départ. En cas de besoin, adressez-vous directement à l'institution de sécurité sociale béninoise. Mais attention, les prestations ne pourront être servies qu'aux femmes assurées sociales.	
Turquie	Si vous avez besoin de soins médicaux ou hospitaliers : l'institution turque vous remboursera directement les frais que vous aurez engagés pour vous soigner. Si le médecin local vous prescrit du repos ou si vous êtes hospitalisé, c'est la caisse française qui vous versera les indemnités journalières. Important : les prestations tant en nature qu'en espèces seront servies dans la limite de trois mois renouvelables si vous êtes atteint d'une affection exceptionnellement grave.	Aucune protection n'est prévue actuellement.

77

échanges de courrier pour faire valoir ses droits en France.

Attention ! La plupart des conventions bilatérales ne prévoient une prise en charge au pays d'origine que pendant la durée des congés annuels. Elles ne prévoient pas de prise en charge pour les congés de récupération, les congés sans solde, ou les séjours de retraités résidant en France.

62 C. LE RETOUR DÉFINITIF APRÈS UN ACCIDENT DU TRAVAIL

La situation diffère selon qu'il existe ou non une convention internationale de sécurité sociale liant la France et le pays d'origine.

1. Il existe une convention

Le travailleur émigré est ressortissant d'un État 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.

63 Pendant l'arrêt de travail

En pratique, le travailleur peut souvent *partir en convalescence dans son pays*, cependant il est à

PAYS D'ORIGINE	QUELS SONT VOS DROITS ?	
	Pour vous-même	Pour les ayants droit vous accompagnant
Mali	Si vous avez besoin de soins médicaux ou hospitaliers, l'institution malienne vous remboursera directement les frais que vous aurez engagés pour vous soigner. Si le médecin local vous prescrit du repos ou si vous êtes hospitalisé, vous ne percevrez aucune indemnité journalière.	Les frais que vous aurez engagés pour faire soigner les personnes à votre charge doivent être remboursés directement par l'institution de sécurité sociale du lieu de votre séjour.
Togo	Seules sont prévues les prestations en espèces (indemnités journalières) de l'assurance maternité. Elles sont servies par la caisse française jusqu'à la fin de la période de repos postnatal prévue par la législation togolaise. Le versement des indemnités journalières peut être prolongé en cas de grossesse pathologique ou de suites de couches pathologiques.	
Niger	Seules sont prévues les prestations de l'assurance maternité. Si vous avez besoin de soins médicaux ou hospitaliers : l'institution nigérienne vous remboursera directement les frais que vous aurez engagés pour vous soigner. En cas de repos prescrit par le médecin local ou en cas d'hospitalisation, les indemnités journalières vous seront versées par la caisse française jusqu'à la fin de la période de repos postnatal prévue par la législation nigérienne. Le versement des indemnités journalières pourra être prolongé en cas de grossesse pathologique ou de suites de couches pathologiques.	Aucune protection n'est prévue actuellement.

Source : Extrait du document CPAM de Paris.

Il est indispensable de se renseigner dans son centre de paiement avant de partir, car, selon les pays, il est nécessaire de se procurer auprès de la caisse, avant le départ, un *formulaire* qui sera exigé pour obtenir la prise en charge.

En cas de maladie ou d'accident pendant la durée du congé, il est indispensable de prendre contact avec la caisse du pays de séjour afin qu'elle puisse exercer son contrôle. Il faut garder copie de tous les

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 définitif 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.

64 Accidents du travail

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 bénéficier 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.

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

65 Maladies professionnelles

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'État sur le territoire duquel le travailleur a été exposé au risque pour la dernière fois.

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'État 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 partici-

pation 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 second pays, le service et la charge des prestations incombent au premier pays qui a assuré la réparation de la maladie professionnelle. En revanche, s'il y a eu exposition au risque dans le second pays, il y a répartition des charges, et l'indemnisation complémentaire est assurée par le second pays qui doit en informer le premier.

66 Après l'attribution de la rente

La victime ou ses ayants droit doivent faire la demande à l'institution compétente du pays sous la législation duquel l'accident ou la maladie professionnelle ont été constatés ou sont survenus. Aucun formulaire n'est prévu en règle générale dans le cadre des conventions pour introduire une demande de rente d'accident du travail.

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.

En général, les arrrages 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.

67 2. Il n'existe pas de convention

Le Code de Sécurité sociale prévoit seulement 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. *En revanche, les ayants droit d'un ouvrier étranger, victime d'un accident du travail mortel, ne reçoivent aucune indemnité si, au moment de l'accident, ils ne résident pas sur le territoire français.*

68 VII. Le cas des ressortissants étrangers venant en France pour se faire soigner

A. 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, des pressions importantes ont été exercées sur les hôpitaux depuis plusieurs années.

Plusieurs situations sont à envisager :

69 *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...*

70 *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 étrangères, 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 !*

71 *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 dépasse les 1 000 F, de cardiologie, 3 000 F...

72 *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 p. 97). Cette demande est effectuée auprès de la mairie, qui prend une décision d'urgence. Les centres communaux d'action 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.*

Attention ! Lorsqu'une personne résidant en France a fait établir un certificat d'hébergement pour un ressortissant étranger, ni la commune ni l'hôpital ne peuvent se retourner contre lui en exigeant la prise en charge des frais de soins. Certaines communes le font, de façon tout à fait illégale, car le certificat d'hébergement ne prévoit pas cette disposition.

73 *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.*

74

• 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.

75

B. 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 ».

6 1. Les conditions

Il faut 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* déléguée 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 (*exemple* : si l'assuré a deux enfants de moins de 14 ans à sa charge, voir p. 45).

Comme toujours, il faut justifier d'un *domicile*, ou produire un *certificat d'hébergement*. Enfin, le dossier peut contenir éventuellement une *lettre 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.

7 2. Les caractéristiques

Le titre de séjour régulier permet de ne pas être inquiété par la *police*, pendant sa durée de validité ;

86

87

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

3

L'aide sociale

78 On a vu dans l'introduction la définition et les caractéristiques de l'aide sociale. Dans le domaine de la santé, cela concerne l'aide médicale à domicile et l'aide médicale hospitalière, mais on abordera ici les conditions d'accès et la procédure communes aux différentes formes d'aide sociale.

Les conditions d'accès

79 A. INSUFFISANCE DE RESSOURCES

Les prestations d'aide sociale ne sont accordées que dans la mesure où l'intéressé ne dispose pas de ressources suffisantes pour subvenir à ses besoins essentiels.