


Les prestations

Le droit aux prestations maladie-maternité-invalidité-décès suppose que l'assuré travailleur remplisse les conditions d'affiliation que l'on a rappelées plus haut (voir *supra*, p. 93).

En revanche, l'ouverture des droits à l'assurance accident du travail-maladie professionnelle n'est soumise pratiquement à aucune condition : quand bien même le travail serait exécuté sans que des cotisations sociales aient été versées aux organismes de protection sociale (travail clandestin et emploi non déclaré), le travailleur victime de l'accident est pris en charge par la Sécurité sociale et seul l'employeur encourt des sanctions civiles et/ou pénales.

A**La maladie****1. L'assuré étranger et ses ayants droit résident en France****a) Généralités***Les prestations*

Dès lors qu'un étranger a la qualité d'assuré social, à quel titre que ce soit, lui-même et ses ayants droit peuvent prétendre aux différentes prestations dans des conditions identiques aux assurés de nationalité française. Les prestations en nature consistent dans le remboursement des soins médicaux, la fourniture de biens ou services, médicaments, logement, etc. Les prestations en espèces constituent des revenus de remplacement, destinés à compenser la perte de revenus professionnels pendant la période de l'arrêt de travail pour maladie, par exemple (sous la forme d'indemnités journalières).

Le système du tiers payant

En principe, l'assuré, lorsqu'il est malade et qu'il reçoit des soins, doit faire l'avance des frais; c'est-à-dire régler la facture, sur présentation de laquelle la caisse de Sécurité sociale le remboursera. Ce dispositif a reçu un important aménagement : le système du tiers payant, proposé par certains médecins, généralistes ou spécialistes, certains centres médicaux mutualistes, hôpitaux en consultation externe, dispensaires, pharmaciens, etc. Dans ce cas, la caisse de Sécurité sociale se charge de régler directement le professionnel et l'assuré n'a plus à faire l'avance des frais.

Le ticket modérateur : principe et exceptions

Si le système du tiers payant a pour objectif de simplifier les remboursements, notamment pour les assurés disposant de revenus modestes, pour autant, il ne les dispense pas de participer partiellement à leurs dépenses de santé. C'est la vocation du ticket modérateur qui vise à freiner la consommation médicale, d'un côté, et à diminuer la part des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale, de l'autre. Le paiement du ticket modérateur reste donc, en principe, à la charge de l'assuré social (il peut toutefois être pris en charge totalement ou partiellement par une assurance complémentaire maladie ou une mutuelle). Il représente 30 % des honoraires des médecins, chirurgiens dentistes et sages-femmes, et 35 % à 65 % du prix des médicaments.

Pourtant, la participation n'est pas systématique et les cas d'exonération du ticket modérateur se sont multipliés (CSS, art. L. 322-3). Dans ces hypothèses, l'assuré est dispensé de tout paiement et la caisse primaire d'assurance maladie prend en charge l'intégralité des frais.

- Certaines exonérations sont liées à la situation sociale de l'assuré : titulaire d'une pension d'invalidité, d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail (avec une incapacité des deux tiers au moins), etc.
 - D'autres exonérations sont liées à la nature de l'acte médical ou de l'affection : traitement nécessitant une hospitalisation au-delà de trente jours consécutifs, atteinte de plusieurs affections (polypathologies) justifiant des soins continus pendant une durée supérieure à six mois, traitement d'une affection figurant sur une liste de trente maladies dites « longues et coûteuses » (CSS, art. D. 322-1), etc.
- Dans ce cas, seules les dépenses occasionnées par la maladie visée sont prises en charge à 100 %. En revanche, les

soins dispensés pour une autre affection et les médicaments de confort incombent à l'assuré, sauf à prouver que ces médicaments de confort sont en relation directe avec la maladie et que les ressources du foyer ne dépassent pas un certain plafond. Cette prise en charge ne peut être décidée que sur demande de l'assuré à sa caisse primaire d'assurance maladie.

• Une exonération du ticket modérateur peut être décidée par la caisse primaire d'assurance maladie, pour une pathologie qui, bien que ne figurant pas sur la liste des trente maladies dites « longues et coûteuses », est considérée, par le contrôle médical, comme une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée et nécessitant des soins continus pendant plus de six mois. Il appartient au malade de faire la demande de cette reconnaissance, sur la base d'un dossier médical complet et précis établi par le médecin traitant. La prise en charge du ticket modérateur est accordée pour une période n'excédant pas vingt-quatre mois. Toute contestation de l'avis du contrôle médical doit être portée devant le contentieux de l'expertise médicale dans le délai d'un mois à compter de la décision (sauf pour les accidents du travail et maladies professionnelles pour lesquelles le délai de recours est de deux ans) (voir *infra*, p. 310).

b) Le cas particulier des congés payés dans le pays d'origine

Il faut distinguer selon que l'étranger est couvert ou non par une convention bilatérale de sécurité sociale.

L'assuré est couvert par une convention bilatérale

Certaines conventions bilatérales prévoient la prise en charge par les institutions du pays d'emploi — en l'occurrence les caisses françaises — des soins médicaux dis-

pensés à l'assuré étranger ou à ses ayants droit, dans le pays d'origine de l'assuré social étranger, pendant la période des congés payés de ce dernier.

Selon une jurisprudence constante, cette prise en charge n'est possible que pendant la seule période des congés payés annuels, et non celle des congés sans solde ou de récupération, bien que l'assuré ait conservé sa qualité de travailleur au cours de cette période. Ne sont pas non plus assimilés à des périodes de congés payés les séjours des étrangers titulaires d'une pension de retraite.

Les formalités à accomplir diffèrent selon les conventions bilatérales. Ainsi, les assurés sociaux de nationalité algérienne sont dans l'obligation de fournir une attestation de congés payés à la caisse primaire d'assurance maladie qui leur délivre, en contrepartie, un formulaire valable pour la durée mentionnée des congés. En revanche, d'autres conventions ne prévoient l'accomplissement d'aucune formalité avant le départ. En tout état de cause, il est indispensable de se renseigner auprès de la caisse primaire d'assurance maladie avant le départ.

Dans ce cadre, les prestations en nature sont prises en charge, sur présentation du formulaire conventionnel, par l'organisme local, selon ses propres tarifs (il se retournera ensuite contre la Sécurité sociale française pour en obtenir le remboursement).

Les prestations en espèces (indemnités journalières) sont versées par les caisses françaises. Ces dernières exigent de pouvoir contrôler elles-mêmes la réalité de l'incapacité de travail : elles ne sont pas liées par l'arrêt de travail donné par les caisses locales. L'assuré social doit donc se soumettre à un contrôle médical sur dossier et selon les modalités prévues par la convention bilatérale applicable. Aussi, dès qu'un arrêt de travail est délivré dans le pays d'origine, l'assuré doit, dans les meilleurs délais, contacter les caisses

françaises. Il est indispensable de conserver la copie de l'intégralité des documents échangés.

L'assuré n'est pas couvert par une convention bilatérale

Dans ce cas, l'assuré doit faire l'avance des frais de soins de santé dispensés sur place pour lui-même et ses ayants droit. A son retour en France, il en obtient le remboursement par la caisse primaire d'assurance maladie sur présentation des factures acquittées.

2. Les soins dispensés aux ayants droit dans le pays d'origine

En principe, les membres de la famille de l'assuré social demeurés dans le pays d'origine ne sont pas couverts par la Sécurité sociale française. Il en va toutefois différemment lorsqu'il existe une convention bilatérale de sécurité sociale incluant la disposition « droit des familles » (voir *supra*, p. 68).

c) Formalités

Dans ce cas, pour que les frais de santé reçus par les membres de la famille dans le pays de résidence soient pris en charge par les caisses françaises, les intéressés doivent se soumettre à certaines formalités :

- l'assuré doit demander une attestation d'affiliation auprès de sa caisse, prouvant qu'il est bien un assuré social du régime français ;
- il doit envoyer cet imprimé à sa famille dans son pays d'origine (dans le même temps, la caisse française envoie copie à l'institution compétente du lieu de résidence de la famille) : ce document permet l'inscription des ayants droit auprès du régime français et garantit

que les caisses françaises prendront en charge les frais de santé occasionnés pour les ayants droit.

Remarque. — Dans cette hypothèse, la qualité d'ayant droit est attribuée selon la législation du pays d'origine et non selon la loi française.

Le formulaire conventionnel écarté délivré pour une durée déterminée (un an pour les Algériens et les Marocains, mais seulement six mois pour les Tunisiens), il est indispensable que les soins soient dispensés au cours de cette période au risque de n'être pas pris en charge par le régime français.

b) Cas particulier des chômeurs

Une lettre de la CNAF n° 6504 du 26 décembre 1985 a prétendu exclure les chômeurs du bénéfice de la disposition conventionnelle « droit des familles » en retenant une interprétation restrictive de la notion de travailleur.

Cette interprétation est en contradiction avec les nombreux textes internationaux ratifiés par la France : la convention n° 118 de l'OIT et les accords conclus entre la Communauté européenne et certains pays tiers posent en effet le principe d'une égalité de traitement entre assurés nationaux et étrangers sans en exclure les demandeurs d'emploi.

C'est sur la base de ce principe que le tribunal des affaires de Sécurité sociale de Saône-et-Loire a retenu l'assimilation du demandeur d'emploi à un salarié, dans un jugement du 31 mai 1990 (affaires Cheitit et Zenasni), à propos d'un assuré tunisien et d'un assuré algérien qui s'étaient vu opposer un refus de délivrance d'une attestation de droit aux soins pour leur famille demeurant dans le pays d'origine, au motif qu'ils étaient demandeurs d'emploi.

Il ne faut donc pas hésiter à faire des recours en cas de refus

des caisses de prendre en charge les soins des familles de chômeurs.

3. Les étrangers venant en France ou souhaitant s'y maintenir pour recevoir des soins

Un étranger ayant besoin de recevoir des soins en France se heurte non seulement à un problème de prise en charge, mais aussi à des difficultés pour obtenir un titre de séjour.

a) Les autorisations provisoires de séjour pour soins

Un ressortissant étranger peut solliciter une autorisation provisoire de séjour (APS) auprès de la préfecture territorialement compétente :

- lorsque son séjour a pour but exclusif de recevoir des soins auprès d'un établissement français ;
- lorsque son titre de séjour arrive à échéance alors qu'il reçoit des soins ;
- lorsque lui est notifié un refus de séjour alors qu'il est en cours de traitement médical.

Malgré les demandes répétées des associations visant à ce que soient définis les critères de délivrance des APS pour soins, celle-ci ne repose sur aucune base textuelle et l'administration dispose d'un pouvoir entièrement discrétionnaire en la matière.

Les documents à fournir

La demande est examinée au regard d'un certificat médical établi par un médecin hospitalier, précisant le degré de gravité de l'état pathologique, la fréquence des soins et la nécessité de la présence en France (due à l'inexistence d'équipements ou de structures médicales adaptés dans le pays d'origine). Si l'étranger malade ne dispose pas d'un domicile propre, il a la possibilité de fournir un certificat

d'hébergement. Le dossier de demande d'APS pour soins peut contenir une lettre d'un travailleur social ou d'un médecin traitant, précisant la situation sociale et/ou familiale du demandeur.

Un droit au séjour strictement encadré

Les préfectures n'accordent qu'avec réticence des APS, et leur délivrance est plutôt exceptionnelle. D'une durée de validité variable, les APS excèdent rarement six mois et sont le plus souvent attribuées pour une durée de « trois mois moins un jour ». Elles sont renouvelables. Les préfectures exigent les mêmes pièces que pour la demande initiale et procèdent le plus souvent à un nouveau contrôle médical.

Les APS peuvent être matérialisées par un document papier ou par une simple mention apposée sur le passeport. Si l'APS consacre la régularité du séjour de son titulaire, elle donne parallèlement lieu à un fichage des bénéficiaires propre à organiser une surveillance rapprochée de l'administration qui veille à ce que la date d'échéance du titre soit rigoureusement respectée.

Une autorisation provisoire de séjour pour soins n'ouvre pas droit au travail sauf si elle est assortie — mais c'est très rare — d'une autorisation de travail.

La protection contre l'éloignement du territoire

Le fait de souffrir d'une pathologie grave ne constitue pas en soi une protection contre l'éloignement. Toutefois, la loi du 24 avril 1997 (loi Debré) interdit désormais d'expulser ou de reconduire à la frontière « l'étranger résidant habituellement en France atteint d'une pathologie grave nécessitant un traitement médical dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un

traitement approprié dans le pays de renvoi » (art. 25-8° de l'ordonnance du 2 novembre 1945).

Par ailleurs, il existe un texte international qui prévoit expressément que la maladie est source de protection contre l'éloignement : aux termes de l'article 8 de la convention n° 97 de l'OIT, un étranger ne peut être éloigné s'il répond à plusieurs conditions cumulatives :

— cet étranger est un travailleur ;
— pour cause de maladie ou d'accident, il ne peut exercer son métier ;

— cette maladie ou cet accident est survenu alors qu'il résidait en France ;

— il est établi en France depuis au moins cinq ans.

Ce texte s'applique tant à la reconduite à la frontière qu'à l'expulsion. Une condamnation pénale ne remet donc pas en cause son application.

Cette protection est indépendante du fait que l'affection puisse ou non être traitée dans le pays d'origine.

Elle s'étend aux membres de la famille du travailleur.

b) La prise en charge des soins

Il faut distinguer les cas où la maladie est survenue inopinément des cas où elle était prévisible.

En cas de soins urgents et imprévus

Un étranger qui tombe malade en France, même s'il ne dispose pas d'une couverture maladie, doit toujours être admis dans un hôpital en cas d'urgence sous peine de « non-assistance à personne en danger ». En aucun cas, les soins ne peuvent être refusés ou différés en raison d'une absence de prise en charge.

En ce qui concerne celle-ci, certaines conventions bilatérales de sécurité sociale prévoient la prise en charge, par les

organismes de sécurité sociale du pays d'origine, des frais médicaux liés à des soins dispensés en France à un ressortissant de l'État cocontractant (voir ci-après).

En revanche, si l'étranger malade ne bénéficie pas de l'application d'une telle convention bilatérale, la facture reste à sa charge personnelle.

Remarque. — Selon la jurisprudence, les hôpitaux ne peuvent demander le paiement des frais hospitaliers à d'autres personnes que les obligés alimentaires.

En cas de soins prévisibles ou non urgents

• Un étranger peut être admis à l'hôpital après avoir déposé une « provision apte à couvrir les frais engagés par le traitement ». Cette hypothèse concerne une frange d'étrangers extrêmement réduite compte tenu du montant des frais liés à une hospitalisation.

• Un étranger qui ne réside pas en France et qui n'est ni à même de verser une provision, ni couvert par une assurance, ne sera pas admis dans un hôpital français lorsque sa pathologie ne présente pas de caractère d'urgence au motif qu'il peut retourner se faire soigner dans son pays d'origine (et ce, quels que soient les structures médicales et les équipements dont ce pays dispose).

Remarque. — Un accouchement est considéré comme prévisible.

L'étranger qui ne réside pas en France ne pourra bénéficier d'une prise en charge de ses frais hospitaliers que s'il a prises dispositions avant son départ.

• A partir de son pays de résidence, un étranger a la possibilité de solliciter l'aide médicale française auprès des autorités consulaires françaises. Sa demande est transmise au ministère des Affaires étrangères qui en réfère au mini-

rière chargé de la Sécurité sociale. La décision est en principe fonction des ressources du demandeur et des équipements sanitaires du pays d'origine. Cette procédure reste longue, lente, complexe et réserve de faibles chances de succès.

- En vertu de certains accords bilatéraux ou accords commerciaux (qui concernent essentiellement les ressortissants du Gabon et de l'Algérie), une personne résidant à l'étranger peut être autorisée à venir se faire soigner en France à la charge des autorités de sécurité sociale de son pays qui auront, au préalable, délivré une autorisation. En pratique, cette autorisation est difficile à obtenir. En outre, la prise en charge s'opère selon la législation locale et dans la limite des tarifs locaux, ce qui rend en définitive cette solution assez illusoire.

B La maternité

1. Les bénéficiaires

L'assurée sociale elle-même est couverte au titre de la maternité et a droit aux prestations en nature et en espèces (qu'elle soit salariée, chômeuse, handicapée, retraitée, etc.).

Toutefois, l'attribution des prestations en espèces est subordonnée à une durée minimale d'immatriculation : la mère n'a droit aux indemnités journalières que si elle est immatriculée depuis au moins dix mois à la date de l'accouchement (CSS, art. L. 313-1).

Outre l'assurée, certaines des ayants droit peuvent prétendre à la prise en charge des frais liés à la maternité. Il s'agit (CSS, art. L. 331-1) :

- de la conjointe de l'assuré (épouse légitime ou concubine) ;
- de la fille à charge de l'assuré(e) ou de son conjoint, satisfaisant à une condition d'âge.

A l'inverse, les autres catégories d'ayants droit sont exclues du bénéfice de l'assurance maternité : ascendants, descendantes, collatérales jusqu'au troisième degré ou alliées au même degré se consacrant exclusivement aux travaux de ménage et à l'éducation des enfants, ou encore personnes vivant depuis un an sous le toit et à la charge de l'assuré (voir *supra*, p. 107).

2. Les formalités

La femme, assurée sociale ou ayant droit, doit déclarer sa grossesse à la caisse primaire d'assurance maladie dont elle relève. A la suite de cette déclaration, elle se voit remettre, entre autres documents :

- une feuille de premier examen médical dès lors que celui-ci n'a pas encore été effectué ;
- un carnet de grossesse qui comporte notamment des feuillets permettant d'obtenir le remboursement des soins médicaux obligatoires. La caisse peut refuser de rembourser les prestations si l'intéressée ne produit pas ces feuillets (CSS, art. R. 331.4).

La femme et son enfant doivent se soumettre à une surveillance médicale obligatoire avant et après la naissance.

3. Étendue de la prise en charge

En principe, les bénéficiaires de l'assurance maternité ne supportent aucune participation aux frais liés à la grossesse et à l'accouchement (CSS, art. L. 331-1) : elles sont dis-

pensées du paiement du ticket modérateur et du forfait hospitalier, sauf dans certains types d'établissements.

C

L'invalidité

L'invalidité suppose une réduction stabilisée de la capacité de travail ou de gain (CSS, art. L. 341-1 et s.) qui ne résulte pas d'un risque professionnel (une incapacité permanente trouvant sa cause dans un accident du travail ou une maladie professionnelle fait l'objet de dispositions spécifiques, qui sont examinées plus loin : voir *infra*, p. 130).

L'invalidité correspond au prolongement de la maladie dont elle est la stabilisation. La qualité d'invalidité est reconnue à tout assuré social victime d'une réduction des deux tiers de sa capacité de travail ou de gain, autrement dit lorsqu'il ne peut prétendre qu'à un salaire inférieur au tiers de la rémunération normale dans un secteur d'activité donné.

1. Conditions d'attribution

L'état d'invalidité est apprécié au regard de la capacité de travail restante, des facultés physiques et mentales, de l'âge, de l'état général, de la formation professionnelle initiale de l'intéressé et de ses aptitudes (CSS, art. L. 341-3). Toutefois, les caisses procèdent à cette appréciation et reconnaissent l'invalidité soit une fois l'état de l'intéressé stabilisé de façon définitive, soit lorsque l'assuré a épuisé ses droits à prestations en espèces dans le cadre de l'assurance maladie (le versement des indemnités journalières ne pouvant excéder trois ans : CSS, art. L. 321-1).

a) Conditions de fond

Outre la constatation médicale de l'état de l'intéressé, l'assuré social doit remplir plusieurs conditions pour recevoir la qualité d'invalidité.

1. L'assuré doit avoir été immatriculé depuis douze mois au moins à la date de l'interruption de travail.

2. Il doit :

— soit justifier de 800 heures de travail salarié ou assimilé (ou être demandeur d'emploi indemnisé : CSS, art. L. 311-5) au cours de l'année précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité, dont 200 heures au moins au cours des trois premiers mois (CSS, art. R. 313-5) ;

— soit avoir cotisé sur la base d'un salaire égal à 2 030 fois le SMIC horaire au cours de l'année précédente, dont 1 015 fois le SMIC horaire au cours des six premiers mois.

3. L'intéressé doit être âgé de moins de 60 ans : à cet âge, l'assurance invalidité prend fin, substituée par l'assurance vieillesse, sauf refus exprès de l'intéressé (CSS, art. L. 341-15).

Remarque. — Le titulaire étranger d'une pension d'invalidité ne résidant pas en France au jour de son soixantième anniversaire ne peut bénéficier de la substitution ; en revanche, s'il est présent sur le territoire français pour liquider sa pension de vieillesse de substitution, celle-ci est exportable à l'étranger aux termes de l'article L. 311-8 CSS.

4. L'assuré social de nationalité étrangère, ressortissant d'un État tiers à la Communauté européenne, doit justifier de la régularité de son séjour en France pour bénéficier d'un avantage invalidité. La preuve de la régularité de

séjour est apportée par la production d'un des titres ou documents suivants (CSS, art. L. 161-2-1-1) :

- carte de résident ;
- carte de résident privilégié ;
- carte de séjour temporaire ;
- certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus ;
- récépissé constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié et portant la mention « a demandé le statut de réfugié à l'OFPRA » valant autorisation de séjour d'une durée de validité de trois mois renouvelable ;
- récépissé de demande de carte de séjour portant la mention « étranger admis au titre de l'asile » d'une durée de validité de six mois renouvelable ;
- récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de six mois renouvelable portant la mention « reconnu réfugié » ;
- autorisation provisoire de travail pour les personnes séjournant en France sous couvert d'un visa de court séjour ou pour celles qui ne sont pas soumises à visa et qui sont sur le territoire français pour une durée inférieure à trois mois ;
- autorisation provisoire de séjour accompagnée d'une autorisation provisoire de travail ;
- carte d'identité d'Andorran délivrée par le préfet du département des Pyrénées-Orientales ;
- passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour ;
- livret ou carnet de circulation ;

126

- contrat de travail saisonnier visé par la direction départementale du travail et de l'emploi ;
- récépissé de demande de titre de séjour portant la mention : « il autorise son titulaire à travailler » ;
- carte de frontalier.

b) Procédure

La demande doit être adressée dans le délai de douze mois suivant, selon les cas :

- la date de la consolidation de la blessure en cas d'accident non professionnel ;
- la date de la constatation de l'invalidité si elle résulte de l'usure prématurée de l'organisme ;
- la date de l'expiration de la période légale d'attribution des prestations en espèces de l'assurance maladie ;
- la date à laquelle la caisse primaire d'assurance maladie cesse d'accorder des prestations.

La caisse primaire arrête sa décision après avis du contrôle médical. Toute contestation sur l'existence ou le degré d'invalidité fait l'objet d'un contentieux particulier : le contentieux technique (voir *infra*, p. 312).

2. Les droits de l'invalidé

a) La pension d'invalidité

On distingue trois catégories d'invalides :

- les invalides capables d'avoir une activité rémunérée, malgré leur incapacité des deux tiers : la pension d'invalidité à laquelle ils ont droit est fixée à 30 % des dix meilleurs salaires annuels de leur carrière, ou à défaut des années d'assurance dont il peut être justifié (dans la limite de 30 % du plafond annuel de cotisations) ;
- les invalides incapables d'exercer une quelconque activité

127

professionnelle : le montant de leur pension s'élève à 50 % du revenu de référence défini plus haut (dans la limite de 50 % du plafond annuel de cotisations) ;

- les invalides contraints d'avoir recours aux services d'une tierce personne, ponctuellement ou en permanence, pour l'accomplissement des actes de la vie courante, bénéficient en outre d'une majoration de leur pension de 40 %, mais qui ne peut être inférieure à un certain montant.

Le montant de la pension d'invalidité peut être révisé en fonction de l'évolution de l'état de l'assuré, s'il change de catégorie. La révision peut s'opérer dans les deux sens : augmentation ou réduction. De la même manière, le versement de la pension peut être suspendu ou supprimé si, dans certaines proportions, l'état de l'intéressé s'améliore ou s'il reprend une activité professionnelle (CSS, art. R. 341-14).

b) Le « minimum invalidité »

Lorsque la pension calculée est très faible, elle est automatiquement portée à un montant égal à l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS), même si la personne a d'autres ressources.

En outre, tout invalide a droit à la garantie d'un minimum de ressources, appelé « minimum invalidité », égal au minimum vieillesse. C'est l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité invalidité qui vient compléter la pension d'invalidité de façon à garantir ce minimum. Elle est versée sous condition de ressources. Les règles et conditions d'attribution (résidence, nationalité, régularité de séjour) sont les mêmes que celles de l'allocation supplémentaire versée au titre de la vieillesse, à l'exception des conditions d'âge et d'incapacité (voir *infra*, p. 203).

c) Les droits annexes

L'assuré social invalide bénéficie des prestations en nature de l'assurance maladie avec exonération du ticket modérateur pour ses propres soins (voir *supra*, p. 113) (en revanche, les soins dispensés à ses ayants droit restent soumis au ticket modérateur).

Le décès d'un invalide ouvre droit au capital décès.

Si, à son décès, le conjoint survivant est lui-même atteint d'une invalidité sans être titulaire d'une pension, il a un droit dérivé à pension (CSS, art. L. 342-1) : la pension de veuf ou veuve invalide est égale à 54 % de la pension versée à son conjoint et, au minimum, au niveau de l'AVTS. Cette pension peut se cumuler avec des avantages personnels (invalidité, vieillesse, accident du travail). Elle est supprimée en cas de remariage. De nombreuses conventions bilatérales de sécurité sociale (auxquelles il convient donc de se reporter) prévoient les conditions d'attribution de cette pension en cas de pluralité d'épouses.

3. Le retour définitif dans le pays d'origine

La pension d'invalidité ne continue à être versée à son titulaire établi à l'étranger que si une convention bilatérale de sécurité sociale a été conclue entre cet État et la France et si elle prévoit cette possibilité d'exportation (voir *supra*, p. 64). Dans le cas contraire, le versement de la pension est purement et simplement suspendu au jour du départ.

En revanche, le fait d'effectuer des aller et retour entre le pays d'origine et la France, à condition de ne s'absenter du territoire français que pendant les délais qui n'exposent pas au risque de perdre son titre de séjour (trois ans pour la carte de résident), ne suspend pas le versement de la pension et maintient ouverts les droits aux prestations en nature de l'assurance maladie.

D Les risques professionnels

↳ Contrairement à ce qui est le cas pour les autres risques, aucune condition de régularité de séjour et de travail n'est exigée pour le bénéfice des prestations dues en matière d'accident du travail. Autrement dit, ni l'irrégularité du séjour, ni l'irrégularité du contrat de travail ne font obstacle au droit à réparation. Un travailleur étranger, quelle que soit sa situation au regard de son employeur et de l'administration, a droit tant à des soins médicaux immédiats et gratuits qu'à tous les autres droits attachés à la qualité d'accidenté du travail.

En effet, au regard du droit de la Sécurité sociale, le salarié travaillant irrégulièrement est victime et non responsable de l'irrégularité (quand bien même il en serait informé) : seul l'employeur est fauteur et lui seul devra subir les conséquences de ses actes délictueux. Certes, si le salarié étranger est en situation irrégulière au regard du séjour, la déclaration de l'accident du travail peut signaler sa présence sur le territoire français à l'administration et entraîner sa reconduite à la frontière. Pourtant, il ne doit pas renoncer systématiquement à faire valoir ses droits en matière de Sécurité sociale dans la mesure où une incapacité du travail peut donner de plein droit accès à une carte de résident de dix ans (voir *infra*, p. 138).

1. Notions générales

a) L'accident du travail

L'accident du travail est un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit (CSS, art. L. 411-1). Il s'agit d'un fait accidentel survenant sur le lieu et pendant

le temps de travail. Toutefois, lorsque l'accident se produit sur le lieu du travail mais hors des heures de travail, ou pendant le temps de travail mais hors de l'entreprise, il peut tout de même être reconnu comme accident du travail dès lors que le travailleur se trouvait dans un état de dépendance à l'égard de son employeur.

Cet accident (lésion physique apparente ou interne) est présumé imputable au travail quand bien même le salarié présenterait un état pathologique préexistant. Il appartient à l'organisme de Sécurité sociale ou à l'employeur de démontrer, pour nier le caractère professionnel de l'accident, que celui-ci trouve uniquement pour cause un état médical strictement personnel au salaire nullement influencé par l'activité professionnelle. Il arrive que les caisses exigent que ce soit le travailleur qui établisse le lien direct entre le travail et la lésion : cette exigence est abusive et le travailleur ne saurait s'y soumettre.

b) L'accident de trajet

La protection contre les accidents du travail a été progressivement étendue aux accidents de trajet, entendus comme les accidents de la circulation survenus soit entre le lieu de travail et le domicile du travailleur, sa résidence habituelle ou secondaire, soit entre le lieu de travail et le lieu habituel des repas. La qualification d'accident de trajet a donné lieu à une jurisprudence abondante qu'il n'y a pas lieu de rapporter ici.

Lorsque l'accident de trajet est admis en application des critères exigés par l'article L. 411-2 du code de la Sécurité sociale, les lésions constatées bénéficient elles aussi de la présomption d'imputabilité prévalant en matière d'accident du travail.

La qualification d'accident de trajet est décisive pour la victime qui bénéficie d'une réparation au même titre que s'il

s'était agi d'un accident du travail et non d'un simple accident de la circulation de droit commun, lequel donne droit à des prestations d'assurance maladie-invalidité moins avantageuses.

c) Les maladies professionnelles

Des maladies suscitées par l'accomplissement de certains travaux sont assimilées aux accidents du travail et donnent lieu à une protection similiaire. Il n'y a lieu à réparation au titre des maladies professionnelles que si la maladie figure dans un tableau (CSS, art. L. 461-1). La liste de ces tableaux — actuellement au nombre d'une centaine — est toutefois susceptible de révisions selon les évolutions industrielles et techniques et les progrès de la recherche médicale.

Les maladies professionnelles sont réparties entre trois catégories :

- les maladies présentant des manifestations morbides d'intoxication aiguës ou chroniques (saturnisme, etc.) ;
- les infections microbiennes (charbon, téanos, etc.) ;
- les maladies résultant de l'ambiance ou d'une attitude particulière imposée au travailleur (surdité, gestes répétés, etc.).

La liste des travaux dont l'exécution est susceptible d'entraîner ces maladies ainsi que la durée d'incubation figurent dans ces tableaux. Le lien de causalité entre le travail exécuté et la maladie est présumé dès lors que les éléments constatés coïncident avec les correspondances figurant dans le tableau. Pourtant, si la maladie est visée au tableau, mais si l'un des critères techniques de reconnaissance (délai de prise en charge, délai d'exposition, liste limitative des travaux) diffère du tableau, le malade (ou ses ayants droit) conserve toujours la possibilité de démontrer le lien de causalité directe entre le travail et la maladie dont

il souffre, sur la base d'une expertise individuelle (CSS, art. L. 461-1).

En revanche, le caractère limitatif des maladies reconnues professionnelles contribue inévitablement à rendre lacunaire le dispositif. En principe, dès lors qu'une maladie n'est mentionnée dans aucun tableau, même si son origine professionnelle n'est pas douteuse, la victime ne peut être prise en charge au titre de la législation sur les accidents du travail par le biais de cette expertise individuelle. L'origine professionnelle de la maladie ne peut être admise hors tableau que si la maladie a entraîné le décès du travailleur, ou si elle a occasionné un taux d'incapacité permanente partielle de deux tiers. Il appartient au demandeur de prouver l'imputabilité « directe et essentielle » de la maladie au travail. La tâche est par conséquent malaisée et limitée aux cas extrêmes.

2. Les formalités initiales

a) L'accident du travail et l'accident de trajet

La déclaration de l'accident

Le travailleur victime dispose d'un délai de vingt-quatre heures pour informer son employeur de la survenance de l'accident, sauf en cas d'impossibilité absolue ou de motif légitime (CSS, art. L. 441-1 et R. 441-1).

L'employeur doit déclarer dans les quarante-huit heures (dimanches et jours fériés exclus) à la caisse primaire d'assurance maladie, par lettre recommandée, l'accident dont il a eu connaissance. En cette matière, il ne dispose d'aucun pouvoir d'appréciation : il n'a pas à décider si oui ou non la déclaration est opportune et nécessaire ; c'est une obligation légale qui incombe à l'employeur (CSS, art. L. 441-2 et R. 441-3 et 4). Toutefois, s'il venait à y

manquer (au risque de se voir appliquer diverses sanctions : CSS, art. L. 471-1), le travailleur dispose d'un délai de deux ans après l'accident pour procéder lui-même à cette déclaration.

La prise en charge immédiate des frais médicaux

Lors de la déclaration de l'accident du travail, l'employeur doit remettre à la victime une feuille d'accident du travail lui permettant d'obtenir gratuitement les prestations en nature, sans qu'aucune durée d'affiliation au régime général soit exigée (CSS, art. L. 431-1 et s.). Quand bien même l'indication du nom d'un médecin y figurerait, la victime est libre de son choix et n'est pas tenue de consulter le professionnel mentionné. Il ne s'agit que d'une simple indication.

En outre, la victime d'un accident du travail n'a pas à supporter une quelconque participation aux frais (ni ticket modérateur, ni forfait hospitalier).

L'expertise et l'enquête entreprises par la caisse primaire

Le praticien consulté doit transmettre les certificats médicaux à la caisse. En cas de litige d'ordre médical entre la CPAM et le salarié, une expertise peut être diligentée. Dans ce cas, il est procédé à un examen de la victime par un médecin conseil (choisi d'un commun accord avec le médecin traitant, ou, à défaut, par le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale). En cas de désaccord entre ce médecin conseil et le médecin traitant, une expertise médicale technique peut être envisagée (CSS, art. L. 141-1 et R. 141-1) (voir *infra*, p. 310).

En outre, en cas de décès de la victime ou d'incapacité permanente, totale ou partielle, la caisse déclenche une procédure d'enquête lorsqu'elle a connaissance de l'accident et au vu des certificats médicaux. Cette enquête vise à établir

le caractère professionnel de l'accident, ses causes, la nature des lésions, et à déterminer le montant des prestations en espèces.

La contestation de la caisse primaire

La caisse dispose d'un délai de vingt jours à compter du jour où elle a eu connaissance du préjudice pour éventuellement en contester le caractère professionnel et le notifier à la victime et à son employeur. À défaut d'une contestation enfermée dans ce délai, le caractère professionnel de l'accident est définitivement établi.

b) La maladie professionnelle

Contrairement à l'accident du travail, c'est la victime qui doit déclarer la maladie professionnelle à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai de deux ans suivant soit l'arrêt de travail, soit la date de la première constatation médicale.

La caisse dispose d'un délai de soixante jours (et non plus vingt comme pour les accidents du travail) pour contester le caractère professionnel de la maladie, à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de cette maladie (CSS, art. R. 441-10). Son silence à l'issue de cette période vaut reconnaissance définitive du caractère professionnel.

Les procédures de reconnaissance hors tableaux prévues par l'article L. 461-1 sont soumises à la consultation d'un comité technique régional, sans la saisine duquel la caisse primaire ne peut se prononcer sur le caractère professionnel de la maladie (CSS, art. D. 461-26 et s.).

3. Les revenus de remplacement

La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles s'avère plus avantageuse que celle offerte par

l'assurance maladie. Les différences de réparation entre ces deux cas de figure sont d'autant plus marquées que le préjudice est grave.

L'indemnisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est automatique : la faute de l'employeur ne doit pas être prouvée et celle du travailleur ne prive pas ce dernier de couverture. L'indemnisation est forfaitaire.

c) L'incapacité de travail temporaire

Lorsque l'incapacité de travail dont il souffre est provisoire, le travailleur victime a droit à des indemnités journalières (d'abord, d'un montant s'élevant à 60 % du salaire, puis 80 % du salaire net à compter du vingt-neuvième jour suivant l'arrêt du travail) à compter du premier jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident et jusqu'à la guérison ou la consolidation (stabilisation) de l'état de la victime (CSS, art. L. 433-1). La date de cette consolidation est fixée par la caisse primaire après avis du médecin traitant (son silence vaut approbation) : en cas de désaccord, l'expertise médicale technique la détermine (voir *infra*, p. 310).

Le jour de l'accident est rémunéré par l'employeur.

Pendant l'indemnisation temporaire, la victime doit se soumettre aux contrôles de la caisse et ne peut en principe travailler dans le même temps (sauf autorisation conjointe du médecin traitant et du médecin conseil de la caisse).

Le montant de l'indemnité journalière peut être révisé lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà de trois mois (CSS, art. L. 433-2).

L'ancienneté continue à courir pendant cet arrêt de travail (code du travail, art. L. 122-32-1) et, si ce dernier n'excède pas un an, la période d'arrêt est assimilée à une période d'activité pour le calcul des congés payés (code du travail, art. L. 223-4).

b) L'incapacité de travail permanente

Si, à l'issue de la période d'incapacité provisoire, une lésion persiste, l'incapacité est considérée comme permanente. L'état de la victime doit être stabilisé.

C'est la caisse primaire d'assurance maladie qui établit le taux d'incapacité réelle, au regard de la situation de la victime (âge, qualification professionnelle, état physique général) et en référence à des barèmes officiels (CSS, art. R. 434-35). Si le taux d'incapacité est inférieur à 10 %, la victime a droit à une indemnité en capital. En revanche, si le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 10 %, la victime a droit à une rente. Les contestations sur le taux d'incapacité permanente relèvent d'un contentieux spécial : le contentieux technique (voir *infra*, p. 312).

C'est la caisse primaire d'assurance maladie qui décide l'attribution et le montant de la rente : toute contestation de ces décisions est portée devant la commission de recours amiable (voir *infra*, p. 300).

Le montant de la rente dépend du taux d'incapacité et du montant des derniers salaires. En cas d'incapacité totale nécessitant l'assistance d'une tierce personne, la rente est majorée de 40 %.

Le montant de la rente peut être révisé en cas d'aggravation ou d'atténuation de l'incapacité (CSS, art. L. 443-1). La révision peut être demandée par l'intéressé lui-même par l'envoi d'un certificat médical par lettre recommandée avec avis de réception. Enfin, le titulaire d'une rente peut demander qu'elle soit convertie en capital ou en rente viagère, réversible à son conjoint survivant (CSS, art. L. 434-3).

c) Le décès

En cas de décès consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle, les ayants droit du travailleur vic-

time (conjoint, enfants et descendants à charge, ascendants à charge) ont droit, outre à la prise en charge des frais funéraires et des frais de transport du corps, à une rente dont le montant est fixé de manière forfaitaire (CSS, art. L. 435-1 et L. 435-2). Les conditions d'âge des enfants, de durée de mariage, en cas de divorce sont précisées aux articles L. 434-8 et suivants du code de Sécurité sociale.

4. L'accès de plein droit à un titre de séjour

Les textes prévoient la délivrance de plein droit d'une carte de résident à l'étranger titulaire d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle versée par un organisme français et dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 20 %. Le même droit au séjour est reconnu à ses ayants droit (art. 15-4 de l'ordonnance du 2 novembre 1945).

La délivrance de plein droit d'une carte de résident est toutefois subordonnée à une condition d'entrée et de séjour réguliers et à l'absence de menace pour l'ordre public. La loi du 24 avril 1997 (loi Debré) permet toutefois à ceux qui ne remplissent pas la condition d'entrée et de séjour réguliers d'obtenir de plein droit une carte de séjour temporaire (art. 12 bis de l'ordonnance modifiée).

Par ailleurs, ces mêmes étrangers ne peuvent faire l'objet d'une mesure d'éloignement — expulsion ou reconduite à la frontière (art. 25-6) — à moins d'avoir été condamnés pénalement pour certains délits ou à une peine de prison ferme de plus de cinq ans.

5. Le transfert de résidence

Il faut distinguer selon que la victime est ou non ressortissant d'un État ayant ratifié soit une convention bilatérale

avec la France prévoyant l'exportation des rentes accident du travail, soit la convention n° 19 de l'OIT.

Dans tous les cas, il est conseillé de ne pas quitter définitivement le territoire français aussi longtemps que l'état physique de la victime n'est pas consolidé et que le taux d'incapacité permanente de travail n'est pas fixé de façon certaine par la caisse. En effet, les éventuelles contestations à distance sont délicates, d'autant que les expertises des services médicaux locaux sont le plus souvent remises en cause et écartées par la caisse primaire d'assurance maladie qui exige de pouvoir contrôler elle-même la réalité de l'état de la victime.

a) Une convention bilatérale ou la convention n° 19 de l'OIT a été ratifiée par l'État d'origine

La plupart des conventions bilatérales de sécurité sociale prévoient la possibilité d'exportation d'une rente accident du travail lorsque le titulaire de cette rente choisit de transférer sa résidence dans son pays d'origine de façon définitive (voir *supra*, p. 67). En outre, la France a ratifié la convention n° 19 de l'OIT relative à l'égalité de traitement entre les travailleurs étrangers et les nationaux en matière d'accident du travail. Les États parties à cette convention s'engagent à accorder à tout ressortissant d'un État partie qui aurait été victime d'accident du travail sur leur territoire le même traitement que celui qu'ils auraient consenti à leurs propres ressortissants, et ce, sans condition de résidence. Ainsi, un salarié étranger assuré du régime français victime d'un accident du travail a droit aux prestations en espèces et en nature au titre de la législation française des accidents du travail, quel que soit son pays de résidence, dès lors que celui-ci a ratifié la convention n° 19 de l'OIT (voir en annexe la liste de ces États).

Si la victime bénéficie de l'application d'une convention

bilatérale ou internationale prévoyant l'exportation des rentes accident du travail et maladie professionnelle, elle doit, préalablement à son départ définitif, obtenir l'accord de la caisse primaire qui se prononce après avis du contrôle médical. L'attestation que la caisse française délivre précise la durée de la couverture, les conditions de la prise en charge en cas de recluse et les éventuelles possibilités de prolongation. Tandis que les prestations en espèces sont versées par les caisses françaises, les prestations en nature sont servies par les institutions du nouveau pays de résidence selon sa propre législation (elles se retourneront ensuite contre la Sécurité sociale française pour en obtenir le remboursement).

b) Aucune convention n'a été ratifiée par l'État d'origine

Les travailleurs étrangers victimes d'un accident du travail et, à ce titre, titulaire d'une rente, qui décèdent de quitter définitivement le territoire français pour vivre dans leur pays d'origine, reçoivent pour toute indemnité un capital égal à trois fois le montant annuel de la rente (CSS, art. R. 434-20 et R. 434-38).

Si l'accident du travail a entraîné le décès du travailleur, ses ayants droit ne peuvent prétendre à une indemnité exportable dans leur pays d'origine qu'au cas où ils résident sur le territoire français au moment de l'accident (CSS, art. L. 434.20, al. 3).

E Le décès

L'assurance décès a vocation à secourir dans l'urgence, par une aide financière, les proches d'un assuré social décédé (CSS, art. L. 361-1 et s.). La couverture prévue par l'assurance décès est due même s'il s'agit d'un suicide. Si le

décès est imputable à un accident du travail, l'assurance décès s'ajoute aux prestations servies au titre de la législation relative aux accidents du travail.

Les catégories de bénéficiaires de ce capital ne répondent pas à la logique du droit des successions : l'ordre en est différent. Le capital décès est servi en priorité aux ayants droit à la charge effective, totale et permanente de l'assuré, au jour du décès (CSS, art. L. 361-4). A défaut (ou si aucune priorité n'est invoquée dans le délai d'un mois), le capital est attribué au conjoint non séparé de droit ou de fait ou, à défaut, aux descendants (avec un partage égal s'ils sont plusieurs) ou, à défaut, aux ascendants (avec un partage égal s'ils sont plusieurs).

En principe, le bénéficiaire étranger du capital décès doit résider en France et, s'il est ressortissant d'un État tiers à la Communauté européenne, justifier de la régularité de son séjour par la production d'un titre dont la liste figure à l'article D. 356-5 CSS.

Toutefois, la condition de résidence sur le territoire français peut ne pas être opposée au conjoint survivant ressortissant d'un État ayant conclu avec la France un accord de sécurité sociale visant les prestations de survivants ou ayant ratifié la convention n° 118 de l'OIT (voir *supra*, p. 70 et 72, et la liste des États ayant ratifié la Convention reproduite en annexe).

Les ayants droit continuent à bénéficier d'une couverture maladie pendant un an, ou jusqu'à ce que le dernier enfant ait trois ans, s'ils ne bénéficient pas de ces prestations à un autre titre (CSS, art. L. 161-8 : voir *supra*, p. 96 et 109).

F L'assurance veuvage

Les conditions de versement de cette prestation sont rappelées dans la troisième partie consacrée à l'assurance vieillesse (voir *infra*, p. 176 et 183).

Obligation du secret professionnel

Rappelons que les personnels des organismes de Sécurité sociale sont soumis à l'obligation du secret professionnel. La violation de cette obligation est pénalement sanctionnée. La peine maximale encourue est d'un an d'emprisonnement et 100 000 F d'amende.

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende » (Nouveau Code pénal, art. L. 226-13).

La Charte du patient hospitalisé rappelle cette obligation du secret professionnel pour les personnels hospitaliers (circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995). « Le personnel hospitalier est tenu au secret professionnel défini par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal et à la discrétion professionnelle définie par l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, relative aux droits et obligations des fonctionnaires. [...] L'établissement public de santé garantit la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes hospitalisées (information médicale, d'état civil, administrative, financière). Aucune personne non habilitée par le malade lui-même ne peut y avoir accès, sauf procédures judiciaires exécutées dans les formes prescrites ».

II

Les prestations familiales et les aides au logement

Le terme de prestations familiales est un terme générique qui recouvre une quinzaine de prestations versées par les caisses d'allocations familiales (CAF). Parmi ces prestations figurent les allocations familiales. Certaines prestations ne sont d'ailleurs pas réservées uniquement aux familles : il en va ainsi des allocations de logement.

En matière de prestations familiales, il convient de distinguer selon que la famille réside en France ou non.