

SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE UTILISÉ

SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE UNIVERSEL OU D'ASSURANCE

Deux systèmes de sécurité sociale dominant dans le monde :

- le système "Universel" ;
- le système "Assurance".

SYSTÈME UNIVERSEL DE SÉCURITÉ SOCIALE

Le droit aux prestations est ouvert sous condition de résidence et fréquemment sous condition de ressources.

Les grands principes régissant le système universel sont :

- application du droit national ;
- droit aux prestations indépendant du statut professionnel ;
- système non contributif ;
- conditions de ressources ;
- droit aux prestations subordonné à une enquête sur la vie privée ;
- prestations principalement forfaitaires ;
- gestion politique du système ;
- régularité d'entrée et de séjour exigée pour les ressortissants étrangers.

Exemples de prestations "universelles" en France

- allocations familiales ;
- revenu de Solidarité Active (RSA) ;
- allocation pour adultes handicapés ;
- allocation dépendance du Fonds National de Solidarité.

SYSTÈME ASSURANCE

Les caractéristiques principales d'un système "assurance" sont :

- droit personnel (l'assuré) aux prestations ;
- nécessité d'un contrat de travail ou d'une activité professionnelle ;
- gestion paritaire (patronat - syndicat), tutelle du système ;
- système contributif ;
- pas d'enquête préalable sur les ressources ;
- prestations principalement proportionnelles ;
- pas de critère de nationalité ;
- régularité d'entrée et de séjour exigée pour les ressortissants étrangers.

Exemples de prestations «Assurance» en France

- *maladie ;*
- *maternité ;*
- *décès ;*
- *invalidité ;*
- *accident du travail et maladie professionnelle ;*
- *vieillesse ;*
- *veuvage ;*
- *chômage.*

A DÉFAUT OU EN COMPLÉMENT : ASSURANCES COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES

En l'absence de système de protection sociale ou de certaines prestations, deux autres niveaux remplacent ou complètent les systèmes de base de sécurité sociale :

- l'assurance collective professionnelle ;
- l'assurance individuelle et personnelle.

Assurance collective professionnelle

L'assurance collective professionnelle se caractérise par :

- un lien avec un contrat de travail ou une activité professionnelle ;
- une adhésion obligatoire ou facultative ;
- une gestion du risque privée ou assurée par la branche professionnelle ;
- une possibilité de sélection des risques.

Exemples en France

Régimes de prévoyance imposés par les conventions collectives de branche professionnelle.

Assurance individuelle et personnelle

Les principes dominant une assurance individuelle et personnelle sont :

- liberté de souscription ;
- libre choix des contrats ;
- disposer des ressources ;
- compte individuel ;
- gestion privée ;
- sélection des risques.

Exemples en France

Les services invalidité-décès offerts par les mutuelles ou sociétés d'assurance privées ou par les banques.

SYSTÈMES CONTRIBUTIFS OU NON CONTRIBUTIFS

DÉFINITIONS

Les systèmes de sécurité sociale en Europe reposent principalement sur deux conceptions de la sécurité sociale (Beveridge et Bismarck) opposées :

- l'une prône l'universalité de la protection sociale et est essentiellement financée par l'impôt, c'est un système non contributif de sécurité sociale ;
- l'autre repose sur le versement de cotisations assises sur les salaires d'une partie de la population, d'où son nom de système contributif.

Deux conceptions originelles de la sécurité sociale

Conception beveridgienne

Le Royaume-Uni constitue le berceau d'un modèle de sécurité sociale, dont les principes furent énoncés en 1942 par Lord Beveridge, qui propose une réforme fondée sur la socialisation des coûts à l'échelle nationale.

Les principes suivants définissent le système beveridgien :

- l'universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population et de tous les risques sociaux ;
- l'uniformité des prestations en espèces, fondées plus sur les besoins que sur les revenus ;
- le financement par l'impôt ;
- l'unicité, avec la gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale.

Conception bismarckienne

Les assurances sociales sont nées en Allemagne à la fin du 19^e siècle, à l'époque du Chancelier Bismarck. L'Etat a pris la responsabilité d'institutionnaliser la protection sociale, dispensée auparavant par de nombreuses "caisses de secours".

L'assurance est nettement distinguée de l'assistance sociale : la protection sociale est en effet accordée en contrepartie d'une activité professionnelle.

Quatre principes fondamentaux définissent le système bismarckien :

- une protection exclusivement fondée sur le travail et, de ce fait, limitée à ceux qui ont su s'ouvrir des droits à protection par leur travail ;
- une protection obligatoire pour les seuls salariés dont le salaire est inférieure à un certain montant, donc pour ceux qui ne peuvent recourir à la prévoyance individuelle ;
- une protection fondée sur la technique de l'assurance, qui instaure une proportionnalité des cotisations par rapport aux salaires, et une proportionnalité des prestations aux cotisations ;
- une protection gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes.

Dans tous les pays qui ont adopté le modèle bismarckien, la protection s'est peu à peu généralisée par l'extension à des catégories de population initialement non protégées (employés, étudiants, travailleurs indépendants...) et à des "risques" non pris en compte à l'origine.

Mélange des deux conceptions dans les systèmes de sécurité sociale en Europe

Dans tous les pays influencés par la tradition anglaise, le financement reste largement fiscalisé (système non contributif) tandis que, dans les autres, il est surtout assuré par des cotisations sociales (système contributif).

Mais, dans la plupart des pays européens, les systèmes d'assurances sociales ont créé des prestations en espèces non contributives destinées aux personnes qui ne sont pas assurées, ainsi qu'à celles à qui les assurances offrent une couverture insuffisante.

Inversement, les pays influencés par la tradition anglaise ont institué des prestations proportionnelles aux revenus. Cependant, comme le niveau des prestations y est souvent considéré comme correspondant à un plancher, des assurances complémentaires privées se sont développées.

Il demeure cependant au moins une différence entre les deux modèles : dans les pays où prévaut le principe de l'assurance (Allemagne, France), les non-salariés ne peuvent bénéficier d'aucune prestation en espèces destinée à compenser une perte de revenus (indemnités journalières de maladie, allocations de chômage...), ce qui n'est pas le cas dans les systèmes à prédominance non contributive, comme au Danemark ou au Royaume-Uni.

Exemples

Le Danemark, après avoir adhéré au modèle allemand, a évolué vers le modèle britannique.

En Espagne, le système d'assurances sociales, mis en place entre 1900 et 1958, a été remplacé par un système national de santé publique complété par un régime général d'assurances sociales. Par ailleurs, plusieurs régimes professionnels, gérés par les mêmes organismes que le régime général, subsistent.

Les Pays-Bas ont, parallèlement aux dispositions propres aux salariés, développé des prestations de base accordées à toute la population conformément aux principes Beveridgiens de généralité et d'uniformité, mais financées par des contributions proportionnelles aux revenus.

EXEMPLES DE PRESTATIONS CONTRIBUTIVES DANS LES PAYS À DOMINANTE NON CONTRIBUTIVE

Prestations contributives en Grande-Bretagne

- retraite complémentaire "publique" ;
- prestations chômage dite "Contribution-based Jobseeker's Allowance" ;
- prestation d'invalidité des employés dite "Incapacity Benefit".

Prestations contributives en Irlande

- indemnités journalières en cas d'absence pour maladie dites "Disability Benefits" ;
- allocation de maternité pour femmes au travail dite "Maternity Allowance for woman in employment".

EXEMPLES DE PRESTATIONS NON CONTRIBUTIVES DANS LES PAYS À DOMINANTE CONTRIBUTIVE

Prestations du régime général français

- allocation adultes handicapés ;
- revenu de Solidarité Active (RSA) ;
- allocation aux mères de famille ;
- allocation supplémentaire ;
- allocation viagère aux rapatriés âgés.

Prestations du régime social allemand

Prestations familiales

Depuis 1954, le financement et le versement des prestations familiales sont entièrement pris en charge par l'État fédéral.

Prestations d'assistance et d'aide sociale

L'assistance sociale comprend les prestations versées à certains citoyens en compensation de dommages intervenus alors qu'ils accomplissaient une mission pour l'État.

Les principaux bénéficiaires de l'assistance sociale sont les "victimes de guerre". Les hommes accidentés à l'occasion de leur service militaire entrent dans cette catégorie.

L'aide sociale constitue le système subsidiaire de base de la protection sociale. Elle a une double fonction. Elle accorde un soutien aux personnes :

- qui ne sont pas assurées ou qui ne relèvent pas de l'assistance sociale ;
- auxquelles les assurances sociales n'apportent pas une protection suffisante.

Prestations du régime social espagnol

Allocations versées aux personnes handicapées

- allocation de garantie de ressources ;
- allocation pour aide d'une tierce personne ;
- allocation de mobilité et de compensation des frais de transport.

Pensions d'invalidité et de retraite non contributives

Il s'agit des pensions instituées par la loi n° 26-1990 du 20 décembre 1990 pour les personnes ne bénéficiant pas des assurances sociales espagnoles. Elles sont servies sous condition de résidence et de ressources. Elles correspondent à 14 mensualités par an et sont plafonnées. Le montant dû est égal à la différence entre les revenus de l'intéressé et le montant maximal de la pension.

PRESTATIONS EN NATURE

DÉFINITION DES PRESTATIONS EN NATURE

De façon générale, les prestations en nature correspondent aux remboursements des soins dispensés : frais de consultation de médecins, de spécialistes, frais pharmaceutiques, etc.

La Directive 2011/24/UE du 24 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers prévoit, pour les professionnels auxquels elle s'applique, une obligation d'assurance de responsabilité professionnelle ou une formule similaire, pour les traitements dispensés sur son territoire.

Définition française des prestations en nature

En France, les prestations en nature correspondent d'après l'article L. 321-1 du Code de la sécurité sociale :

- aux frais de médecine, générale et spéciale ;
- aux frais pharmaceutiques et d'appareils ;
- aux frais d'analyses et d'examens de laboratoire ;
- aux frais d'hospitalisation et de traitements dans des établissements de soins ;
- aux frais de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ;
- aux frais d'interventions chirurgicales ;
- à la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs ;
- aux frais d'analyses d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;
- à la couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou de subir des examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale et dans les limites tenant compte de l'état du malade et du coût de transport ;
- à la couverture, sur décision de la commission d'éducation spéciale, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle ainsi que les frais de traitements correspondants ;
- à la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;
- aux frais afférents aux examens prescrits en application de l'article L. 153 du Code de la santé publique.

Ce sont les frais engagés et nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille.

Un projet de loi a été déposé le 2 août 2013 en vue de la transposition de la directive relative à l'obligation de couverture du risque professionnel par les professionnels de santé, à l'exception des chiropracteurs et des ostéopathes qui s'ils entrent dans le champ d'application de cette directive ne sont, néanmoins, pas soumis à une obligation d'assurance professionnelle. En effet, en France, l'assurance de responsabilité civile médicale, prévue aux articles L. 1142-1 et suivants du code de santé publique, ne s'impose qu'aux professionnels de santé, auxquels ne sont pas assimilés les chiropracteurs et les ostéopathes.

Prestations en nature en principe inexportables

Les législations relatives au remboursement de soins, dans les pays où celui-ci est envisagé, sont sensiblement identiques dans tous les pays actuellement au sein de l'EEE.

Les soins dispensés hors du pays ne sont en principe pas remboursés par les institutions de sécurité sociale dudit pays. Il existe cependant de multiples exceptions, inscrites notamment dans les conventions bilatérales de sécurité sociale et dans le règlement CE n° 883/2004.

Exemple : législation française

«Sous réserve des conventions et des règlements internationaux et des dispositions particulières pour les expatriés, lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes des assurances maladie et maternité ne sont pas servies.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles des dérogations peuvent être apportées au principe posé à l'alinéa précédent dans le cas où l'assuré ou ses ayants droit tombent malades inopinément au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état».

Article L. 332-3 du Code de la sécurité sociale

Exceptions : possibilité d'obtenir le remboursement de frais dispensés à l'étranger

La plupart des conventions internationales de sécurité sociale prévoient, pour les ressortissants intégrés dans leur champ d'application, la possibilité de se faire rembourser des soins effectués à l'étranger dans certaines situations particulières :

- soins inopinés à l'étranger ;
- hospitalisation d'urgence en cas de séjour temporaire dans l'autre pays, ou de congés payés dans l'autre pays partie à la convention ;
- soins qu'il est impossible de recevoir dans son pays et qu'il est approprié de recevoir dans l'autre pays partie à la convention ;
- etc.

En général, ces possibilités de remboursement sont strictement délimitées et notamment plafonnées à un certain montant. Elles sont également soumises à autorisation préalable des organismes de sécurité sociale des pays concernés.

☞ Ces dispositions ne peuvent aller à l'encontre de la liberté de circulation, au sein de l'EEE. Il n'est, notamment, pas possible d'exiger une autorisation préalable pour la couverture des soins délivrés dans un autre Etat membre de l'Union Européenne.

CJCE - 28 avril 1998 - Kohll c/ Decker

PRESTATIONS EN NATURE AU SEIN DE L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN

Principe

En vue de simplifier les démarches administratives et d'accélérer les remboursements, il est prévu une procédure dérogatoire de remboursement des frais médicaux exposés lors d'un séjour temporaire dans un État membre de l'Union Européenne.

Les prestations en nature sont servies par l'institution du lieu de séjour, pour le compte de l'institution d'affiliation, selon la législation (les tarifs) du lieu de séjour. En principe donc, les prestations en nature ne sont servies que si la législation du pays d'accueil n'en prévoit pas l'existence.

En d'autres termes, un ressortissant ne peut obtenir remboursement de soins qui ne sont pas pris en charge par la législation du pays d'accueil même si, dans son pays d'origine, la prise en charge des mêmes soins serait possible.

☞ En France, la Cour de cassation remet ce principe en cause : un ressortissant français en déplacement à Londres doit se faire hospitaliser d'urgence dans un établissement privé anglais, extérieur au NHS (système national de santé britannique).

En principe, la législation britannique exclut alors toute prise en charge, ce qui par ricochet, aurait dû priver le salarié de remboursement des soins par sa CPAM française d'affiliation.

La Cour de cassation décide au contraire que l'intéressé a droit à la prise en charge des soins par sa CPAM d'affiliation, comme si l'hospitalisation avait eu lieu en France, soit selon les tarifs applicables à des soins identiques pratiqués en France.

Cass. soc. 28 mars 2002 - Magnan c/ CPAM des Hauts-de-Seine

Nouveautés du règlement n° 883/2004

En raison de nombreux dysfonctionnements des mécanismes de coordination dus à la préservation des intérêts nationaux par certaines institutions de sécurité sociale, un nouveau règlement CE n° 883/2004 a été adopté.

Il s'agissait de mettre la réglementation communautaire en conformité avec la jurisprudence de Cour de Justice de l'Union Européenne et de faire respecter le principe de libre circulation. En particulier, le remboursement des soins dispensés dans un autre État d'affiliation, lors d'un séjour temporaire, pour un autre motif que l'exercice d'une activité professionnelle, le suivi des études ou d'un stage de formation professionnelle, était très limité sous le régime de l'ancienne réglementation.

Dans le cadre de la nouvelle réforme :

- les soins urgents pourraient être remboursés dans l'État de séjour temporaire, sans possibilité de refus de la part des institutions du pays d'affiliation.

CJCE 12 juillet 2001 - Smits et Peerbooms - Affaire C n° 157-99

- un remboursement complémentaire des prestations en nature pourrait être obtenu, lorsque les tarifs de remboursement fixés par l'État de séjour temporaire sont plus favorables que ceux de l'État d'affiliation.

CJCE 21 juillet 2001 - Vanbraeckel - Affaire n° C 368/98

- même les soins non urgents pourraient être remboursés dans l'État de séjour temporaire, dès lors qu'il ne s'agit pas de soins hospitaliers mais néanmoins de soins nécessaires.

CJCE 28 avril 1998 - Kroll et Decker - Affaires C n° 158-96 et 120-95

L'autre nouveauté apportée par la nouvelle réglementation est la simplification des procédures pour les utilisateurs et la clarification des droits et obligations des intervenants dans la coordination des régimes de sécurité sociale.

Par exemple, le nouveau règlement CE n° 883/2004 prévoit de raccourcir le temps nécessaire pour le calcul et le versement des pensions aux personnes qui ont travaillé dans plusieurs États membres. C'est une proposition qui va dans le sens de l'amélioration des conditions de la libre circulation dans l'Union.

Autre exemple : la durée initiale de détachement (dit longue durée) d'un salarié est portée à 24 mois au lieu de 12 auparavant, ce qui va également dans le sens d'une simplification des démarches faites en général par les entreprises dans ces cas précis.

Il est prévu également que les régimes de pré-retraite puissent être concernés par la coordination.

PRESTATIONS EN ESPÈCES

DÉFINITION DES PRESTATIONS EN ESPÈCES

De façon générale, les prestations en espèces correspondent à l'indemnisation versée par les institutions de sécurité sociale nationale à l'assuré, en cas d'incapacité de travail pour raison de santé. Elles peuvent être attribuées sous forme d'indemnités journalières ou de capital versé en une seule fois.

Définition française des prestations en espèces

En France, les prestations en espèces correspondent à l'indemnisation du salarié (indemnités journalières, rentes), par les organismes de sécurité sociale pendant une interruption d'activité due à :

- la maladie, la maternité ;
- un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- une pension, rente, capital pour les risques d'invalidité, vieillesse, veuvage, décès.

Totalisation des périodes nécessaires à l'ouverture des droits et au calcul des prestations

La plupart des conventions internationales de sécurité sociale, y compris le règlement CE n° 883/2004, prévoient des possibilités de prise en compte des périodes passées dans les pays parties à la convention, pour l'ouverture des droits et le calcul des prestations en espèces nationales.

Toutefois, cette possibilité de totaliser les périodes d'assurance ou de travail n'est pas systématiquement acquise pour toutes les branches de sécurité sociale.

Exemple

Dans la convention bilatérale de Sécurité sociale liant la France et les États-Unis, seul le risque invalidité est pris en charge. Les périodes accomplies aux États-Unis ne peuvent être prises en compte pour obtenir des indemnités journalières maladies ou une rente accident du travail en France, sauf assurance privée, collective ou individuelle, contractée avant le départ pour les États-Unis.

CIRCULATION DES PRESTATIONS EN ESPÈCES AU SEIN DE L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN

Exemple relatif à la pension d'invalidité

En France, une circulaire ministérielle est venue préciser les modalités de traitement, par les institutions françaises, d'une demande de pension d'invalidité présentée par une personne qui a accompli sa carrière professionnelle sur le territoire de plusieurs États membres de l'EEE.

Circulaire ministérielle DSS/DAEI n° 99-60 du 2 février 1999 - Bull. jur. UCANSS n° 24-1999

En ce qui concerne l'attribution d'une pension d'invalidité en France dans le cadre des règlements communautaires, c'est à la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité qu'il convient de se placer. Il s'agit, en fait de la date d'arrêt de travail initial qui a donné lieu au versement d'indemnités journalières de l'assurance maladie auxquelles se substitue la pension d'invalidité, après consolidation ou stabilisation de l'état de santé du requérant.

Afin de lever tout obstacle à la libre circulation des travailleurs au sein de l'EEE, les institutions françaises doivent assimiler les droits acquis, ou en cours d'acquisition, dans d'autres États membres aux droits qui auraient été acquis en France si la carrière professionnelle des intéressés avait été accomplie exclusivement sur le territoire français.

En conséquence, les prestations servies en cas d'incapacité temporaire, au titre de la législation à laquelle est assujéti l'intéressé à la date d'interruption de travail, sont prises en compte comme indemnités journalières de Sécurité Sociale française, pour établir le lien entre la date d'interruption d'activité et l'invalidité qui s'ensuit. Peu importe que ces prestations soient servies, à l'étranger, par un régime obligatoire d'assurance maladie, une assurance volontaire ou une assurance privée.

En outre, lorsque la législation à laquelle est assujéti l'intéressé, à la date d'interruption de travail, ne distingue pas le risque accident du travail du risque invalidité, l'arrêt de travail indemnisé au titre d'un accident du travail suivi d'un état d'invalidité peut être retenu par les institutions françaises comme date d'interruption de travail ouvrant droit à pension d'invalidité. Cette solution est également valable en cas de rechute d'accident du travail, peu importe qu'au moment de la rechute, le salarié soit soumis à la législation française ou à celle d'un autre État membre.

Les reports dans le temps de la période de référence découlant de la neutralisation des périodes de chômage indemnisé sont également appliqués de manière identique, que ces situations se réalisent en France ou dans un autre État membre de l'EEE.

Enfin, le dispositif français de maintien des droits, pour le risque invalidité, est appliqué de la même façon, en cas de fin de carrière en France ou dans un autre État membre, à compter de la date de cessation d'affiliation en France, ou à la date de fin d'affiliation ou de maintien d'affiliation au régime de l'État à la législation duquel l'intéressé est assujéti à la date d'interruption de travail. Ainsi, un état de santé qui justifie un arrêt de travail, au cours du délai de maintien des droits suivant la fin de la carrière professionnelle dans un autre État membre de l'EEE, impose que les droits à pension d'invalidité soient examinés par les institutions françaises selon les dispositions techniques retenues dans le cadre de la législation française, c'est-à-dire en se plaçant à la date de sortie du régime de sécurité sociale concerné.

Comme il était prévu dans l'ancien règlement communautaire, les nouveaux règlements 983/2004 et 987/2009 prévoient un examen coordonné des droits au regard des différentes législations auxquelles le travailleur a été soumis.

Mais chaque pays a ses propres règles pour déterminer les conditions dans lesquelles une pension d'invalidité peut être attribuée. Dans certains régimes la pension d'invalidité ne dépend pas de la durée des périodes couvertes, mais du fait d'avoir relevé du régime d'assurance pendant une certaine durée au moment de la survenance de l'invalidité (l'ancien comme le nouveau règlement communautaire parlent de législation de type A). Dans d'autres, le montant de la pension dépend de la durée des périodes couvertes au moment de la réalisation du risque (l'ancien comme le nouveau règlement communautaire parlent législation de type B).

Néanmoins, si le règlement 883/2004 conserve les deux types de législations en matière d'invalidité, dorénavant les législations de type A doivent remplir deux conditions cumulatives pour être reconnue comme législation de type A :

- être des législations dont le montant de la pension d'invalidité est indépendant des périodes d'assurance comme auparavant sous l'empire du règlement (CEE) n° 1408/71 ;
- mais également être mentionnées à l'annexe VI du règlement ce qui n'est le cas de celle de la France.

Les législations d'invalidité qui ne répondent pas à ces deux conditions cumulatives sont des législations de type B (art. 44, § 1, règlement. (CE) n° 883/2004]. La distinction entre ces deux types de législations est importante dans la mesure où en fonction des législations auxquelles un assuré aura été soumis sa pension ne sera pas liquidée de la même manière.

Ainsi lorsqu'une personne n'a été soumise qu'à des législations de type A, elle a droit à une seule pension versée par l'institution de l'État membre dont la législation était applicable au moment de la survenance de l'invalidité (art. 44, règlement. (CE) n° 883/2004).

Lorsqu'elle a été soumise soit exclusivement à des législations de type B, soit à des législations de type A et B, sa pension d'invalidité est liquidée de la même manière que les pensions de vieillesse (art. 46, §1, Règlement. CE n° 883/2004). Les droits de l'assuré à pension d'invalidité sont donc examinés au regard de toutes les législations auxquelles l'intéressé a été soumis (art. 50, règlement. CE 883/2004).

Chacune des institutions compétentes applique une des législations auxquelles une personne a été soumise et procède de la manière suivante :

- elle examine en ne tenant compte que des périodes d'assurance ou de résidence accomplies sous sa législation si l'intéressé ouvre droit à une pension autonome. Si c'est le cas elle détermine le montant de cette pension autonome ;
- ensuite elle calcule la montant de la pension à laquelle l'intéressé pourrait prétendre comme si toutes les périodes d'assurance et ou de résidence accomplies sous sa législation et celles des autres États membres avaient été accomplies sous sa législation. Elle détermine ainsi une pension théorique ;
- enfin elle proratisé en fonction des seules périodes accomplies sous sa législation par rapport aux périodes accomplies sous toutes les législations ;
- elle compare le montant de la pension autonome, si elle a pu la calculer et le montant de la pension proratisée et verse le montant le plus avantageux des deux.

Pour le calcul de la prestation il ne sera tenu compte que des salaires perçus sous la législation de l'institution qui liquide la pension.

Article 56, §1,c) – Règlement CE 883/2004

Exemple relatif à l'exportation du capital décès

Dans le cadre communautaire, les périodes d'assurance accomplies sous la législation d'un autre État membre doivent être prises en compte, lorsque le droit à l'allocation décès l'exige.

L'allocation est servie par l'institution de l'État où le défunt était assuré, quel que soit l'État de résidence de l'ayant droit.

AYANTS DROITS

DÉFINITION

De façon générale, les ayants droit sont les personnes à charge de l'assuré, le plus souvent les membres de la famille.

La définition des ayants droit dépend de la législation nationale relative à la prestation revendiquée.

Ayants droit pour l'octroi des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité française

Conjoint de l'assuré

Il s'agit de l'époux ou de l'épouse. Ce conjoint ne doit pas pouvoir prétendre aux prestations d'un régime obligatoire auquel il est affilié personnellement (artisan, commerçant, profession libérale, régime spécial, etc.).

Il s'agit du conjoint légitime non divorcé, même séparé de corps.

Le conjoint séparé qui n'est pas personnellement assuré continue à bénéficier des prestations en nature au même titre que le conjoint non séparé. La mention conjoint séparé de droit ou de fait doit être alors mentionnée sur les demandes de remboursement.

Pluralité d'épouses

Il peut s'agir d'un salarié dont la nationalité autorise la polygamie.

En cas de pluralité d'épouses résidant en France, seule peut bénéficier des prestations du fait d'un assuré, celle des épouses pour laquelle l'intéressé a introduit la première demande en prestation pour un risque quelconque.

Lettre CNAVTS du 27 août 1984

Dans le cas où le conjoint ouvre ses propres droits du fait d'une activité salariée, la qualité d'ayant droit peut être attribuée à une autre épouse.

La polygamie est interdite en France. La contestation d'une situation polygame par les autorités françaises peut conduire au retrait du titre de séjour des secondes épouses et suivantes.

Ex-conjoint divorcé

En cas de divorce, l'ex-conjoint continue à bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie pendant 4 ans à compter de la date de transcription du jugement de divorce. Ce délai est prolongé tant qu'il a un enfant à charge et ce, jusqu'au 3^e anniversaire du dernier enfant (dans le cas où il y a naissance, recueil ou adoption d'un enfant de moins de 3 ans intervenant en fin de période de maintien de droit initial).

A l'expiration de ces périodes de maintien de droits, le conjoint divorcé ayant eu ou ayant à sa charge 3 enfants bénéficie d'un maintien de droit sans limitation de durée.

☞ *La pension de réversion est attribuée au conjoint divorcé non remarié ; cependant, le bénéfice des prestations en nature n'est accordé qu'au conjoint survivant non divorcé, à la date du décès.*

Conjoint survivant

Le conjoint survivant d'un assuré décédé bénéficie d'un maintien de droit pendant 4 ans ou jusqu'à ce que le dernier enfant à sa charge ait atteint l'âge de 3 ans (dans le cas où il y a naissance, recueil ou adoption d'un enfant de moins de 3 ans intervenant en fin de période de maintien de droit initial).

Le conjoint survivant ayant eu ou ayant à sa charge 3 enfants bénéficie d'un maintien de droit sans limitation de durée.

Le conjoint survivant divorcé non remarié, s'il bénéficie d'une pension de réversion, n'est cependant pas pris en charge au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. Seul peut être reconnu le conjoint survivant non divorcé à la date du décès.

Concubin

La personne qui vit en concubinage avec un assuré social et qui se trouve à sa charge effective totale et permanente a la qualité d'ayant droit. Cette qualité doit être prouvée par une simple déclaration sur l'honneur auprès de la caisse primaire de rattachement de l'assuré. La déclaration est renouvelable chaque année.

☞ *Caractérise également le concubinage, l'union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre 2 personnes de même sexe qui vivent en couple.*

Le concubin (ou concubine) qui ne remplit plus les conditions requises pour rester ayant droit continue à bénéficier d'un maintien de droit pendant 4 ans ou jusqu'à ce que le dernier enfant à sa charge ait atteint l'âge de 3 ans (dans le cas où il y a naissance, recueil ou adoption d'un enfant de moins de 3 ans intervenant en fin de période de maintien de droit initial).

Le concubin (ou concubine) survivant, ayant droit de l'assuré décédé, qui a élevé au moins 3 enfants, bénéficie, sans limitation de durée, du maintien de droit.

PACS (pacte civil de solidarité)

La personne liée à un assuré social par un pacte civil de solidarité a la qualité d'ayant droit lorsqu'elle ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre.

Article L. 161-14 du Code de la sécurité sociale modifié par la loi n° 99-944 du 15 novembre 1999 - JO du 16 novembre

Aucune condition de durée de vie commune n'est fixée. Le partenaire lié par un PACS doit être à la charge totale effective et permanente de l'assuré copartenaire du PACS.

Enfants de moins de 16 ans

Ce sont les enfants âgés de moins de 16 ans, non-salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, recueillis ou adoptifs.

Enfants de moins de 20 ans

Ce sont les enfants qui poursuivent leurs études, même par correspondance, ou qui sont atteints d'infirmité ou de maladies chroniques et sont dans l'impossibilité de se livrer à un travail salarié.

La qualité d'ayant droit cesse au 20^e anniversaire.

Pour continuer à bénéficier des prestations, l'enfant doit s'affilier au régime obligatoire des étudiants. Les prestations seront servies dès le lendemain de son anniversaire par le régime des étudiants.

Les enfants atteignant leur 20^e anniversaire, et ne relevant pas du régime étudiant, bénéficient d'un maintien de droit pendant 12 mois uniquement s'ils poursuivent des études techniques ou secondaires.

Les enfants relevant du régime étudiant sont pris en charge par le régime général jusqu'au jour de leur 20^e anniversaire.

Lorsque l'enfant, âgé de 16 ans au moins et 20 ans au plus, termine ses études au 30 juin d'une année, il conserve la qualité d'ayant droit jusqu'au 30 septembre de l'année correspondante. De plus, il bénéficie d'un maintien de droit jusqu'au 30 septembre de l'année suivante.

Si l'enfant interrompt ses études au cours de l'année scolaire, le délai de maintien de droit de 12 mois commence à compter du lendemain de la date de cessation des études.

Poursuite d'études à l'étranger

Il est possible de maintenir la qualité d'ayant droit à l'enfant qui poursuit des études à l'étranger, sous réserve que l'établissement secondaire où il est inscrit lui donne une instruction générale comportant des conditions de travail ou d'assiduité, de contrôle ou de discipline telle que l'exige la préparation pour l'obtention d'un diplôme officiel.

En ce qui concerne l'enseignement post-baccalauréat, il appartient au demandeur de prouver, par tous les moyens, que les études qu'il poursuit à l'étranger préparent à l'obtention d'un diplôme officiel équivalent en France.

Rattachement des enfants ayants droit

Les enfants de parents tous deux assurés d'un régime d'assurance maladie et maternité peuvent être rattachés en qualité d'ayants droit à chacun des deux parents.

Article L. 161-15-3 du Code de la sécurité sociale

Article 12 - Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 - JO du 5 mars

Un décret en Conseil d'État doit définir les modalités d'application.

Enfants de plus de 20 ans ayant interrompu leurs études par suite de maladie

Les élèves des établissements d'enseignement public ou privé, âgés de plus de 20 ans, qui ne bénéficient pas de protection sociale, conservent la qualité d'ayants droit jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils ont atteint leur 21^e anniversaire, s'il est justifié qu'ils ont interrompu leurs études par suite de maladie.

Autres membres de la famille

L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3^e degré ou l'allié au même degré que l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins 2 enfants âgés de moins de 14 ans à la charge de l'assuré, bénéficie en tant qu'ayant droit des prestations en nature de l'assurance maladie.

Personnes à charge

La personne à charge, qui vit avec l'assuré et qui se trouve à sa charge effective totale et permanente, peut avoir, à condition d'en apporter la preuve, la qualité d'ayant droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.

La personne à charge doit, pour bénéficier de la qualité d'ayant droit, vivre avec l'assuré depuis 12 mois consécutifs.

Article L. 161-14 du Code de la sécurité sociale - Décret n° 93-678 du 27 mars 1993

Les ayants droit de nationalité étrangère majeurs bénéficient des prestations d'assurance maladie-maternité, décès, s'ils sont en situation régulière au regard de la situation de séjour des étrangers en France.

Article L. 161-25-1 du Code de la sécurité sociale - Loi n° 93-1027 du 24 août 1993

La preuve de la qualité de personne à charge doit être apportée au moyen d'une déclaration sur l'honneur annuelle cosignée par l'assuré.

L'intéressé atteste également qu'il ne relève pas d'un régime obligatoire d'assurance maladie-maternité. Les organismes peuvent, par tous moyens utiles, s'assurer de la conformité de la situation déclarée aux conditions exigées.

Article R. 161-8-1 du Code de la sécurité sociale

La qualité de personne à charge ne peut s'appliquer qu'à une seule personne par assuré social.

Article L. 161-14 du Code de la sécurité sociale

Lorsque, dans un foyer, les parents sont tous les deux assurés sociaux, chacun peut faire reconnaître la qualité d'ayant droit à l'une des personnes à charge sans protection sociale.

Concernant la notion de personne à charge une note d'information CNAMTS / DGR n° 335 du 22 juillet 1993 précise qu'il peut s'agir :

- soit de la personne qui partage la vie de couple ; la notion de couple implique que la qualité d'ayant droit, au titre de la vie commune, ne concerne qu'une seule personne (un conjoint, un concubin ou un compagnon du même sexe) ;
- soit de toute autre personne, membre de la famille ou non, ayant été ou non ayant droit de l'assuré dès lors qu'il vit avec ce dernier depuis plus d'un an et se trouve à sa charge.

En ce qui concerne le concubin, il avait été admis que la notion ne saurait conduire à subordonner la reconnaissance de la qualité d'ayant droit à une quelconque condition de ressources, en raison de l'assimilation à la situation de conjoint.

Dans le cas de la nouvelle catégorie d'ayant droit, la position doit être plus rigoureuse, le bénéfice de la protection sociale étant subordonné à une situation, sinon d'absence totale de ressources, du moins, celle permettant de conclure à une impossibilité de se constituer une protection sociale.

Ayants droit majeurs de nationalité étrangère

Les ayants droit majeurs de nationalité étrangère d'un assuré peuvent bénéficier des prestations de l'assurance maladie à condition de posséder l'un des titres suivants :

- carte de résident ;
- carte de séjour temporaire ;
- certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus ;
- récépissé de première demande de titre de séjour accompagné, soit du certificat de contrôle médical délivré par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) au titre du regroupement familial, soit d'un acte d'état civil attestant la qualité de membre de famille d'une personne de nationalité française ;
- récépissé de demande du titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de 6 mois renouvelable portant la mention "reconnu réfugié" ;
- récépissé de demande de titre de séjour portant la mention "étranger admis au titre de l'asile" d'une durée de validité de 6 mois renouvelable ;
- autorisation provisoire de séjour ;
- titre d'identité de la principauté d'Andorre ;
- passeport monégasque.

*Article D. 161-15 du Code de la sécurité sociale
Décret n° 98-1172 du 22 décembre 1998*

Les ressortissants de l'Espace Economique Européen n'ont plus à attester de la régularité de leur séjour en France depuis juillet 2000. Il leur suffit donc de présenter les mêmes documents que leurs ayants droit majeurs de nationalité française.

Décret n° 2000-649 du 7 juillet 2000 - JO du 11 juillet

Ayants droit dits "autonomes"

À compter du 1^{er} janvier 2000, les enfants ayant atteint l'âge de 16 ans peuvent demander à être affiliés de façon autonome au sein du régime de sécurité sociale dont relève le parent dont ils dépendent, et à bénéficier à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie.

Article L. 161-14-1 du Code de la sécurité sociale

Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance, à la demande des personnes ou établissements qui en assument l'accueil ou la charge, peuvent être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré. Ces personnes ou établissements perçoivent pour le compte de l'assuré les prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Article L. 161-14-1 du Code de la sécurité sociale

Sauf refus exprès de leur part, sont également identifiés de façon autonome au sein du régime général entraînant le bénéfice à titre personnel des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité :

- les ayants droit conjoints ;
- les ascendants ;
- les descendants ;
- les collatéraux et alliés jusqu'au 3^e degré ;
- la personne qui vit maritalement avec un assuré social et se trouve à sa charge effective et permanente ;

- la personne qui, n'étant pas étudiante, vit avec l'assuré social depuis 12 mois consécutifs et se trouve à sa charge effective et permanente.

Article L. 161-14-1 du Code de la sécurité sociale

L'organisme d'assurance maladie remet aux intéressés un document attestant de leur qualité d'ayant droit autonome et leur permettant d'obtenir le versement des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité auxquelles leur ouvre droit l'assuré.

Toutefois, les intéressés peuvent s'opposer à cette procédure, par lettre recommandée avec avis de réception adressée dans le délai d'un mois à compter de la réception de la notification de l'organisme les informant de leur identification à titre autonome.

Ils peuvent ultérieurement, après une période minimale d'un an, renoncer à la qualité d'ayant droit autonome, ou s'ils ont exprimé le choix contraire, se voir reconnaître cette qualité, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'organisme d'affiliation de l'assuré.

Article R. 161-8-15 du Code de la sécurité sociale

RÉGLEMENTATION COMMUNAUTAIRE

Au sens de la réglementation communautaire sont des membres de famille, ayants droit :

- ceux qui sont désignés comme tels par la législation du pays qui sert les prestations revendiquées ;
- ceux qui sont désignés comme tels par la législation du pays de séjour, dans l'hypothèse où le ressortissant intéressé quitte l'Etat dans lequel il travaille pour aller recevoir dans un autre Etat des prestations maladie-maternité appropriées, ou lorsque son état de santé nécessite des soins immédiats sur place au cours d'un séjour temporaire dans un Etat autre que l'Etat compétent ;
- les personnes à charge de l'assuré, même ne vivant pas sous son toit, dans les pays dont la législation restreint la notion de membre de famille aux personnes vivant sous le même toit que le travailleur salarié ou non-salarié ;
- ceux qui sont désignés par l'annexe I du règlement CE n° 883/2004, lorsque les ayants droit ne remplissent pas les critères précédents, pour l'octroi des prestations en nature maladie-maternité ;
- le conjoint, les enfants mineurs et les enfants majeurs à charge du travailleur, salarié ou non salarié, pour les prestations accordées aux personnes handicapées.

Article 1 f - Règlement CE n° 883/2004